Przedruk artykułów bez zezwolenia redakcji wzbroniony.

Nr. 4. 27. stycznia 1935 Rok XIV.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Dla uczczenia stuletniej rocznicy urodzin
HENRYKA FRYDERYKA HOYERA
pomieszczamy dwa artykuły, Tadeusza Bilikiewicza i Kazimierza Wodzickiego, poświęcone zasługom tego uczonego.

Dr. fil. Kazimierz WODZICKI, Doc. Uniw. Jag. Kraków.

Henryk Fryderyk Hoyer i jego znaczenie dla nauk przyrodniczych [1]).

By zrozumieć znaczenie postaci Henryka Fryderyka Hoyera dla nauk przyrodniczych, należy przedewszystkiem cofnąć się do epoki, w której ten uczony rozpoczął swoją blisko półwiekową działalność na terenie świata przyrodników i lekarzy w Warszawie. Trudne warunki polityczne i brak własnej wszechnicy sprawiały, że ówczesna myśl przyrodnicza pozostawała daleko poza pełną rozpędu twórczego działalnością ówczesnych uniwersytetów Zachodu: nowe prądy w naukach przyrodniczych docierały do oświeconych kół stolicy bądźto zniekształcone, bądźto z kilkoletniem opóźnieniem. Jak piszą słusznie biografowie Henryka Hoyera sen., również poziom kół lekarskich pozostawiał do życzenia, a „arkusze wydawnictw lekarskich z owej pory, były zapełnione przeważnie sprawozdaniami z miejscowości kąpielowych, opowiadaniami z wycieczek zagranicę, przyczynkami do epidemjologji krajowej, gawędami z posiedzeń lekarskich i t. p. pracami treści lekkiej, lub zupełnie wodnistej... Zresztą... potrzeba było umysłu równie spostrzegawczego i uprawionego, jak do roboty w pracowni naukowej. Z przybyciem Hoyera i za Jego staraniem założono pierwszą pracownię ściśle naukową, z której wyszło tyle prac i gdzie tylu lekarzy widziało własnemi oczami ciało ludzkie rozłożone na pierwiastki-komórki" (W. Matlakowski).

Niewątpliwie powyższe słowa współczesnego biografa ujmują dość dobrze stan nauk przyrodniczych i lekarskich, jaki zastał przy swojem przyjściu do Warszawy Hoyer sen. Malują atmosferę i pole pracy, nie oddają jednak w pełni charakterystyki człowieka. By go ocenić z przeszło półwiekowej odległości, niezbędnych jest kilka szczegółów jego życia. Pochodzi z rodziny niemieckiej, ale z dawna w Inowrocławiu, na Kujawach, osiadłej, a zarówno matka jak i babka były Polkami. Stąd niewątpliwie płynęło od najmłodszych lat istniejące pragnienie pracy na polskiej ziemi. Urodzony w r. 1834 udaje się dla studjów uniwersyteckich do Niemiec, gdzie kolejno jest uczniem Johannesa Müllera — fizjologa, R. Virchowa — twórcy t. zw. *Cellularpathologie*, anatomów Barkowa i Reicherta. W r. 1857 uzyskuje doktorat medycyny i chirurgji po świetnie przeprowadzonej po łacinie obronie rozprawy *„De membranae mucosae narium structura"*, a wnet potem asystenturę u Reicherta, anatoma i embrjologa europejskiej sławy. Na tem stanowisku musiał szczególnie wybitnie zwrócić uwagę swojego kierownika na siebie, skoro już w r. 1859 na wniosek *„unico loco"* Reicherta spełnia się jego życzenie pracy na ziemi polskiej: zostaje adjunktem, w rok później profesorem histologji, embrjologji i fizjologji, najpierw w Akademji Medyko-Chirurgicznej, później w Szkole Głównej, wreszcie po zniesieniu tej ostatniej, w Uniwersytecie Warszawskim. Przeszedłszy w r. 1894 w stan spoczynku pracuje dalej w pracowni przy Towarzystwie Lekarskiem niemal do ostatnich chwil swojego życia, które miał zakończyć w r. 1907.

Niemal od początku pracy, z chwilą przybycia do Warszawy zarysowują się główne linje działalności, niemal niestrudzonej tego człowieka: obok własnej działalności naukowo-badawczej i popularyzacyjnej, tworzy w swojej pracowni szkołę w całem tego słowa znaczeniu, wreszcie niemal równie owocną jest jego praca na polu medycyny praktycznej i teoretycznej. O tej ostatniej nie będę wspominał więcej, gdyż jest ona przedmiotem osobnej pracy w niniejszym numerze czasopisma. Wspomnę tylko, że Hoyer sen. praktyką lekarską zajmował się krótko, pozostawał jednak całe swoje życie w najbliższej styczności z lekarzami i medycyną, szczególniej zaś może od chwili, gdy pod wpływem nieprzerwanej pracy badawczej zaczął nieubłaganie słabnąć wzrok coraz natarczywiej, domagając się odpoczynku od pracy nad mikroskopem, a równocześnie rozwijać się zaczęła choroba, której nabawił się w wilgotnej pracowni.

Przejdźmy w krótkim szkicu najważniejsze działy zainteresowań naukowych Hoyera sen. Jest ich bardzo wiele: histologja i technika histologiczna, embrjologja, anatomja porównawcza, fizjologja — oto dziś szereg gałęzi naukowych, dla których istnieją dziś osobni ludzie, niemal osobne katedry, a które wykładał Hoyer sen. i z dziedziny których istnieją prace mające niejednokrotnie podziśdzień ważne znaczenie. Ale najbliższą była mu niewątpliwie histologja — i najbardziej umiłowaną. Dość powiedzieć, że w ostatniem wydaniu wielkiej encyklopedji techniki mikroskopowej Krausego z r. 1927 imię H. Hoyera sen. jest przytaczane przeszło 30 razy; jego sposoby nastrzykiwania naczyń krwionośnych w wielu wypadkach są jedynemi, nie mówiąc już o wprowadzeniu np. pikrokarminu lub tioniny dla zabarwienia chrząstki lub wykrycia substancyj śluzowych.

Po pierwszym okresie prac, w którym znać wpływ nauczycieli Reicherta i Virchowa zaczyna w Warszawie pracować nad zawiłym przedmiotem tkanek łącznych oraz rozwojem i budową ciałek Paciniego. Szczególnie piękne wyniki otrzymał Hoyer wprowadzając sposób srebrzenia przy pomocy azotanu srebra. Jeszcze w r. 1864 mógł wykazać, że tkanka łączna może w pewnych okolicach ciała ludzkiego przyjmować kształt blaszek, pokrytych płaskiemi komórkami, które przypominają nam swoją postacią komórki nabłonkowe.

Szczególnej wagi dla nauk przyrodniczych, a może więcej jeszcze dla lekarskich są badania Hoyera i jego uczniów nad budową szpiku kostnego. Rozpoczynając od badań nad unaczynieniem szpiku kostnego zanalizował utkanie szpiku dochodząc do wniosku, że wszystkie trzy znane odmiany szpiku kostnego, a mianowicie t. zw. szpik tłusty, galaretowaty i czerwony, stanowią odmianę tego ostatniego. Brak miejsca nie pozwala zobrazować dokładniej drogi, na jakiej poczynił Hoyer te swoje podstawowe spostrzeżenia; badania te w pierwszym rzędzie miały wyjaśnić ostatecznie tak doniosłe znaczenie szpiku jako narządu twórczego dla czerwonych ciałek krwi.

Równie niezwykłej delikatności w sposobie badań i prawdziwej twórczej intuicji wymagał dalszy dział badań obejmujący opanowanie techniki złocenia, dzięki której powiodło się Hoyerowi opisać jako pierwszemu zakończenia nerwowe w nabłonku wielowarstwowym płaskim, dalej przebadać dokładnie przebieg nerwów w samej istocie rogówki tak człowieka jak i zwierząt. Szczególnie cenione podziśdzień są prace Hoyera sen. nad bezpośredniemi przejściami z tętnic do żył. Dzięki znakomicie opanowanej technice mógł w kilku pracach wykazać istnienie w pewnych okolicach ustroju połączenia, w których krew przechodzi wprost z tętnic do żył omijając siatkę naczyń włosowatych. Mógł je wykazać w małżowinie usznej i na końcu nosa u szeregu zwierząt, w końcowym członku palca u człowieka i u zwierząt, wreszcie w ciałach jamistych narządów rozrodczych, gdzie jak wiadomo częściowo im

[1]) Według przemówienia wygłoszonego w dniu 19 grudnia 1934 r. na wspólnem posiedzeniu Krakowskiego Towarzystwa Lekarskiego i Krakowskiego Oddziału Tow. Przyrodników im. Kopernika, poświęconem stuletniej rocznicy urodzin Prof. Dra Henryka Hoyera sen. Henryk Fryderyk Hoyer jest ojcem Prof. Dra Henryka Hoyera jun. profesora anatomji porównawczej U. J., b. Rektora i t. d.

odpowiadają t. zw. *arteriae helicinae*. W sposób właściwy swoim wszystkim pracom, mógł określić rolę, jaką odgrywają te połączenia tak ze względu na wyrównanie ciśnienia, jak i ze względów termicznych [2]).

Niewątpliwie już ta działalność Hoyera sen. zupełnie mogła wystarczyć do tego, by, jak słusznie chce tego J. Nusbaum-Hilarowicz, imię jego było zapisane złotemi głoskami w historji polskiej nauki. Jednak te prace, gdyby były drukowane przez uczonego, któryby pracował zagranicą, byłyby równie znane i u nas. Dlatego też uważam, że równą wymienionej, a może jeszcze większą zasługą Hoyera sen. jest stworzenie własnej „szkoły". Pojęcie „szkoły" nie jest łatwem do określenia, szczególniej jeśli się samemu tej szkoły nie przeszło. A jednak tylko ten uczony, który potrafi zebrać koło siebie zastęp uczniów, równie jak on zamiłowanych we wiedzy, wychować ich, wyrobić w nich obok zamiłowania do pracy rzeczowy krytycyzm w stosunku do spostrzeganych zjawisk — ten jest i pozostanie zawsze dla historji kraju i narodu czemś trwałem, o czem następne pokolenia powinny wspominać z wdzięcznością. Jak piszą jego biografowie, postać Hoyera sen. miała w sobie coś dziwnego, co dzięki niezmiernie głębokiej wiedzy i miłości do nauki, przy nadzwyczaj umiejętnem obchodzeniu się z uczestnikami tej pierwszej w Polsce nowożytnej pracowni przyrodniczej sprawiało, że od pierwszego początku gromadził się w niej zawsze zastęp ludzi, przyrodników i lekarzy, którzy wynosili z niej zamiłowanie do poważnej, samodzielnej pracy naukowej i zmysł krytyczny. Kierownik tej pracowni zawsze czynny, zawsze w niej obecny, przyciągał coraz to nowych ludzi; nie było prawie ważniejszego zagadnienia nad któremby nie pracowano lub któregoby krytycznie nie omawiano [3]). Wspomnę, że pierwsze hodowle bakteryj w Polsce zakładano w tej pracowni, gdzie też pierwszą karjokinezę w Polsce opisał Mayzel. Z tej szkoły wyszli ludzie tej miary, jak Strassburger, późniejszy botanik niemiecki, Laskowski, anatom genewski, J. Nusbaum-Hilarowicz, zoolog, W. Kamocki, Strawiński, Czajewicz, W. Mayzel, wreszcie prawie wszyscy najwybitniejsi lekarze warszawscy końca ubiegłego stulecia. „Powstał więc dzięki niemu w Polsce cały sztab, że tak powiem młodych uczonych posuwających naprzód wiedzę biologiczną ku chlubie Ojczyzny. Oto co się nazywa — jak mówi Nusbaum — stworzenie szkoły w najpiękniejszem tego słowa znaczeniu".

Dlatego też słusznie pisał w nekrologu tego uczonego Rektor Kostanecki: „Pamięć jego samodzielnej, wybitnie oryginalnej, czystej osobistości o szlachetnym sposobie myślenia pozostanie dla wszystkich, którzy mieli szczęście zbliżenia się do niego, jako wzniosły, naśladowania godny przykład; przez niezniszczalny wpływ swej działalności naukowej zdobył on sobie trwałą zasługę w duchowem życiu Narodu".

Dr. med., Dr. fil. Tadeusz BILIKIEWICZ. Kraków.
Doc. Uniw. Jag.

Henryk Fryderyk Hoyer i jego znaczenie dla medycyny.

Aby w pełni ocenić ogrom zasług Henryka Fryderyka Hoyera dla medycyny, wziąć trzeba przedewszystkiem pod uwagę środowisko naukowe, w którem uczony ten rozpoczął swą działalność. Były to czasy, w których nie doceniano jeszcze doniosłości ścisłych podstaw przyrodniczych dla wykształcenia lekarza i dla jego działania u łoża chorego. Poziom ówczesnej prasy lekarskiej nie pozostawia wątpliwości co do tego, iż szczególnie Warszawa dość opornie oddziaływała na wpływy z zachodu Europy.

Henryk Hoyer wzrastał w środowisku zachodnio-europejskiej kultury lekarskiej. Wzorem byli mu tacy mężowie nauki jak Barkow, Johannes Müller, Reichert, Schönlein, Virchow. Pracownie tych uczonych wpoiły mu kult ścisłości badań przyrodniczych, kult dokładności w samodzielnem obserwowaniu zjawisk. Z tych pracowni wyniósł on ideał oparcia medycyny na naukach biologicznych, na danych laboratoryjnych. Jego młode lata nasiąkły dążnością, której przez całe życie był posłuszny, dążnością do postawienia medycyny na wyżynach nauki. Nic dziwnego, że jego indywidualność przyrodniczo-lekarska musiała się po objęciu katedry w Warszawie przeciwstawić praktycyzmowi tamtejszego świata lekarskiego.

Nowe nastawienie lekarza wobec nauk przyrodniczych Hoyer wpajać począł ówczesnym umysłom nie drogą walki, lecz drogą ustawicznego oddziaływania na umysły współczesnych swym własnym przykładem. Stworzył pracownie, w których jego talent pedagogiczny wszczepiał młodym pracownikom naukowe ustosunkowanie się do medycyny. Sumiennym lekarzem będzie nie ten, kto osiągnie zręczność praktyczną, lecz ten, kto wyzyska wszystkie zdobycze z zakresu histologji, fizjologji, biologji i t. d. dla zdobycia podstaw naukowych. Ta dzisiaj dla nas prosta zasada wtedy wcale nie wydawała się prostą. Ówcześni lekarze nie mogli pojąć związku między badaniami mikroskopowemi, dającemi im wszakże tylko teoretyczną wiedzę, a działaniem lekarza u łoża chorego; nie mogli zrozumieć potrzeby eksperymentalnych badań z zakresu fizjologji, badań przekraczających znacznie to, co jest praktycznie potrzebne dla sztuki lekarskiej. Dla nich rutyna praktyczna była alfą i omegą mądrości lekarza. Najdonioślejszą więc zasługą Hoyera było to, iż zdołał swą systematyczną praca, swą dydaktyczną wytrwałością, swym żywym przykładem zaszczepić medycynie warszawskiej zrozumienie dla naukowo-przyrodniczych podstaw medycyny.

W pracy tej napotykał, zwłaszcza z początku, na zdumiewającą obojętność. W jednej z swych prac (1888) Hoyer sam pisze jak następuje: „Pracownia przy towarzystwie lekarskiem świeci przez większą część roku pustkami (!); w pracowniach biologicznych uniwersytetu szczupła tylko liczba studentów korzysta z wybornej sposobności do oswojenia się z metodą naukową". Z przyczyn tego smutnego zjawiska Hoyer wymienia następujące: konieczność gorączkowego ubiegania się za kawałkiem chleba, dalej brak widoków naukowej karjery, przedewszystkiem zaś niepojmowanie niezmiernej doniosłości samodzielnej produkcji naukowej. Pod adresem ówczesnych lekarzy i studentów medycyny Hoyer nie szczędzi krytyki. Pisze np.: „Cała uwaga tych terminatorów Eskulapa („synami" nazwać ich nie można) skierowana jest tylko na ostateczne otrzymanie patentu, uprawniającego ich do wykonywania praktyki". W ciągu całego swego pracowitego życia Hoyer przeciwstawiał się temu — i nam dobrze znanemu — nastawieniu większości medyków i lekarzy, starając się w nich obudzić dążności naukowe.

Uczony o takiej indywidualności, takiem zrozumieniu swych zadań pedagogicznych i naukowych na stanowisku profesora uniwersytetu, był jakby urodzony do stworzenia wybitnego ośrodka pracy naukowej. W normalnych warunkach byłby powstał olbrzymi ośrodek pracy twórczej na uniwersytecie. Niestety względy polityczne uniemożliwiły Hoyerowi wytworzenie ciągłości uniwersyteckiej. W tych niepomyślnych warunkach Hoyer stworzył jednak szkołę w całem tego pojęcia znaczeniu: oto rokrocznie wypuszczał na świat pokolenia lekarzy, którzy pod jego wpływem nasiąknęli naukowością. Ponieważ swoją działalność na katedrze rozpoczął bardzo wcześnie, gdyż w 26 roku życia, a więc zanim jeszcze walka o byt zdążyła mu wydrzeć energję życiową, mógł swoim wpływem wychowawczym ogarnąć liczne pokolenia, a w pracy naukowej porwać za sobą mnóstwo samodzielnych pracowników. Dość powiedzieć, że spis prac wyszłych z jego szkoły obejmuje 58 nazwisk, z tych niektóre zapisały się w dziejach polskiego przyrodoznawstwa i polskiej medycyny prawdziwie złotemi głoskami.

Jego wpływ wychowawczy obejmował poza uniwersytetem i inne placówki, przedewszystkiem Towarzystwo Lekarskie Warszawskie, które pod jego ręką nabrało ogromnej żywotności naukowej. Również jako redaktor wielu czasopism lekarskich, jak Tygodnik Lekarski, Pamiętnik Lekarski, Gazeta Lekarska, Medycyna i t. d. rozwijał niezwykle żywą działalność. Jego liczne publikacje z wielu dziedzin medycyny trzymały w niesłabnącem napięciu ówczesny świat naukowy lekarski. Pochodziło to głównie stąd, iż utrzymywał on jaknajżywszy kontakt z nauką zachodu Europy. Nie było wówczas odkrycia, nie było teorji, którejby natychmiast nie podjął i nie sprawdzał ze swymi współpracownikami. Każdy taki oddźwięk stawał się zawiązkiem nowych samodzielnych badań i nowych odkryć. Zainteresowania jego wychodziły zresztą daleko poza granice anatomji mikroskopowej. Wiele czasu i energji poświęcił np. przebadaniu laboratoryjnemu słynnej teorji zapalenia Cohnheima, jakkolwiek temat ten dotyczył anatomji patologicznej. Podobnie też znacznie poza histologję wykraczają jego olbrzymie zasługi na polu bakterjologji. I tutaj zasługi Hoyera można ocenić dopiero cofnąwszy się do czasów, gdy zwolennicy teorji etjologji bakterjologicznej narażeni byli na powszechny śmiech. Hoyer pierwszy okazał ogromną przenikliwość a zarazem i odwagę, gdy z zapałem przyjął pracę Roberta Kocha *„Untersuchungen über die Aetiologie der Wundinfektionskrank-*

---

[2]) Część tych preparatów znakomicie zachowanych, a będących obecnie własnością Zakładu Anatomji Porównawczej U. J. mogli podziwiać członkowie zebrania poświęconego uczczeniu pamięci zmarłego uczonego.

[3]) Działalność Hoyera, jako popularyzatora była ogromna: poza pismami lekarskiemi był stałym współpracownikiem „Wszechświata", a szczególniej godne uwagi są artykuły Hoyera poświęcone tak zwalczanej wówczas z wielu stron teorji ewolucji Darwina.

heiten". Od tego momentu rozpoczynają się doniosłe badania Hoyera nad t. zw. grzybkami chorobotwórczemi, jak nazywano w owym czasie bakterje i nad ich rolą etjologiczną. Prace te, ogłaszane zarówno w czasopismach zagranicznych jak i polskich, stoją pod względem oryginalności i metody naukowej na najwyższym poziomie.

Indywidualność naukowa Hoyera i jego niebywała wszechstronność uniemożliwiają właściwie wyosobnienie jego zasług na polu medycyny spośród całokształtu jego działalności przyrodniczej. Był on typowym przedstawicielem myśli syntetycznej w nauce. Uważał, że między wszystkiemi działami nauki zachodzi jaknajściślejszą łączność i że wobec tego współpraca między rozmaitemi dziedzinami jest koniecznością. Dlatego dziś składają hołd jego zasługom solidarnie przyrodnicy i lekarze.

Te zamiłowania syntetyczne Hoyera wyrażają się najdobitniej w uznaniu, jakie uczony ten żywił niezłomnie dla znaczenia filozofji w przyrodoznawstwie i medycynie. Jego liczne artykuły, zamieszczane głównie w „Krytyce Lekarskiej" i „Wszechświecie", pozwalają nam poznać jego poglądy. Już samo to, że Hoyer zbliżył się do grupy lekarzy, współpracujących w wydawnictwie tak oryginalnego czasopisma jak „Krytyka Lekarska", które w piśmiennictwie zagranicznem poprostu nie ma równego sobie, świadczy o jego stanowisku wobec myśli syntetyczno-filozoficznej w medycynie. Hoyer stał się jednym z najgorliwszych współpracowników tego czasopisma, wnosząc swem piórem na jego łamy zawsze powagę i krytycyzm wobec wszelkich niedociągnięć logicznych, o które wszak tak łatwo w medycynie. Zajmował on znamienne stanowisko wobec metafizyki. Wiemy, że XIX wiek potępił wogóle jej wartość. Przyrodnicy i lekarze odwrócili się ze zdecydowaną pogardą od spekulacji metafizycznej, dochodząc do krańcowości, która wogóle przekreślała wartość samej filozofji jako takiej, nie mówiąc już o filozofji przyrody. I tutaj — mojem zdaniem — święcił triumfy krytycyzm Hoyera; potępiał on wyskoki czystego rozumu, lecz równocześnie nie zamykał jak inni oczu na fakt, iż w najprostszem badaniu, najprostszem wnioskowaniu z faktów empirycznych mieszczą się pewne założenia metafizyczne. Ale pomijając już to, niezbędną jest dla lekarza-naukowca krytyka poznania. Za przykład zwykł był Hoyer wskazywać spór witalizmu z mechanizmem. Pierwsi dogmatycznie przyjmują istnienie siły życiowej, drudzy z równym dogmatyzmem zakładają, że procesy życiowe, nie wyłączając psychicznych, są prostym wytworem procesów fizykalno-chemicznych. A już jego uwagę uderzał fakt, iż bezwzględne prawo przyczynowości nie zawsze znajduje zadowalniające zastosowanie w procesach życiowych. Rozwiązania tego sporu spodziewał się Hoyer od zaostrzonej krytyki poznania: widocznie są jeszcze w grze jakieś czynniki, oczywiście przyrodzone, których przy dotychczasowych metodach badania nie udało się wykryć. Rzeczą męża nauki jest zmierzać do ich wyświetlenia. Natomiast zarówno aprioryczne zaprzeczanie ich istnienia, jak też i przedwczesne snucie metaficznych domysłów co do ich natury, uważał za postępowanie sprzeczne z zasadami metody naukowej.

Na tym zasadniczym poglądzie budował Hoyer swe stanowisko wobec krytyki lekarskiej. Ma ona uczyć lekarza metody myślenia, ma mu wpajać pewne zasady logiczne, na których opiera się jego postępowanie w pracowni, czy w klinice. Hoyer znał dobrze materjał ludzki, z jakiego rekrutowali się lekarze. Widział niejednokrotnie ludzi zdolnych i oczytanych, których płody piśmiennicze nie wytrzymywały jednak krytyki, właśnie spowodu braku wiadomości metodologicznych. On, który ścisłość badań w pracowni doprowadził do tak wspaniałego poziomu, widział jednak, że sama praktyka choćby u boku najwytrawniejszego kierownika nie jest w stanie zastąpić teoretycznej wiedzy o elementarnych prawach myślenia. Zwłaszcza lekarz, dla którego problem psychofizyczny jest poprostu podstawą jego działalności, musi posiadać elementarne wiadomości z zakresu krytyki lekarskiej. Powiada o niej Hoyer m. i.: „Krytyka taka powinna w znacznej części być opartą na wiadomościach z dziedziny psychologji i teorji poznania, gdyż bez tego niemożliwem się staje zrozumienie procesów psychicznych i ich stosunku do spraw fizycznych".

Dla historyka medycyny szczególnie przyjemnie jest czytać wywody Hoyera „O znaczeniu wiedzy historycznej" dla wykształcenia naukowo nastrojonego lekarza. Zainteresowania jego w tym kierunku stały w ścisłym związku z poglądem na istotę badań naukowych. Twierdził on, że naprawdę nowy pomysł czy nowe odkrycie zjawiają się nader rzadko. Najpotężniejsze zdobycze nauki osiąga się drogą solidarnej współpracy całych pokoleń pracowników naukowych, a więc nie drogą rewolucji tylko ewolucji. Znajomość historji nauki wpaja nam poszanowanie tradycji, poczucie łączności z pracownikami starszymi, zaostrzając krytycyzm wobec wiary w rewolucyjność tego czy innego odkrycia. Można powiedzieć, że w tym poglądzie doprowadził Hoyer do szczytu swój pęd do syntezy. Gdyby był dożył ostatnich lat, mógłby słyszeć, jak rozbrzmiewają w całej Europie hasła syntezy naukowej, hasła szczególnie potrzebne medycynie, rozbitej na setki partyj specjalizmu. Dopiero gdy się dziś czyta prace Hoyera, drukowane w „Krytyce Lekarskiej", widzi się, jak wielką przenikliwością był obdarzony jego umysł, jak wielki on posiadał dar wychwytywania z bieżących prądów myślowych tego wszystkiego, co ma przed sobą przyszłość.

Ostrze tej krytyki naukowej Hoyer zwracał jednak nietylko przeciw drugim, lecz przedewszystkiem przeciw samemu sobie. Wszystkie jego prace noszą charakter dokładnego przemyślenia i surowej ostrożności naukowej. Granic tej krytyki nie przekracza ani jeden wniosek, ani jedna hipoteza. Każdy sąd poddawany jest bezwzględnej krytyce logiki. Szczególnie uderzającą jest ta cecha, jeśli chodzi o rozprawę Hoyera p. tyt. „Mózg i myśl", w której omawia ze stanowiska przyrodniczo-lekarskiego problem psychofizyczny, od wieków napróżno atakowany przez tylu filozofów przyrody. Ten najwyższy filozoficzny probierz twórczości uczonego wykazuje w pełni jego umiarkowaną ścisłość wnioskowania a zarazem prawdziwie filozoficzną odwagę formułowania problematyki. O wszechstronności podstaw jego dociekania niech m. i. świadczy i fakt, że dla wyjaśnienia zagadnienia psychofizycznego Hoyer wprowadza nawet roztrząsania nad wiele podówczas dyskutowanemi w kołach lekarzy i nielekarzy zjawiskami sugestji i hipnotyzmu. A chociaż wyniki jego dociekań nie zadowalniają nowoczesnego filozofa przyrody, to jednak metoda, jaką obrał, pozostanie na zawsze wzorem.

Dzisiaj, kiedy świat lekarski krakowski składa hołd Cieniom wielkiego uczonego, dobrze będzie podkreślić, że i ogólno-wychowawcze znaczenie jego działalności bynajmniej nie straciło na aktualności.

Wszelkie prądy zmierzające ku podniesieniu ducha naukowości na uniwersytetach polskich — nam głównie tu chodzi o studja lekarskie — powinnyby żywcem wchłaniać wywody Hoyera z zakresu filozofji nauki. Gdyby częściej przywoływano z mroków przeszłości takie świetlane postacie jak Henryk Hoyer, możeby znikły wreszcie takie częste niestety, a tak smutne objawy niedoceniania ogromnego znaczenia nauki dla rozwoju i postępu kulturalnego ludzkości.

PRACE ORYGINALNE.

T. WICZYŃSKI. Lwów.

Stanowisko cięcia cesarskiego w położnictwie doby obecnej.

Z Kliniki Położniczo-Ginekologicznej U. J. K.
Dyr. Prof. Dr. K. Bocheński.

Najbardziej znamiennem zjawiskiem dla przemiany naszych pojęć położniczych ostatnich 10—15 lat jest stanowisko, jakie sobie zdobyło cięcie cesarskie w rzędzie zabiegów operacyjnych, któremi położnictwo nowoczesne dysponuje. Jeszcze tak niedawno każde cięcie cesarskie było zabiegiem wogóle rzadko stosowanym, później zaś stosowane z coraz to liczniejszych wskazań i w coraz szerszych granicach warunków, w jakich było wykonywane, było jednak w poszczególnych przypadkach częstokroć podciągane pod miano: „rzadkie wskazanie do cięcia cesarskiego". Jeśli na te „rzadkie wskazania", czy „rzadkie warunki" spojrzymy dziś — w świetle panujących już bez zastrzeżeń zasad postępowania położniczego, to widzimy, że przy dokładnej analizie poszczególnego przypadku określanego jako „rzadkie wskazanie", czy „rzadkie warunki", nie możemy się oprzeć wrażeniu, że było rzeczą naturalną, prostą w tym czy innym z tych przypadków zastosowanie właśnie cięcia cesarskiego, jako zabiegu operacyjnego najbardziej uzasadnionego.

Trudno mi w ramach niniejszego krótkiego wykładu wyczerpująco rozwodzić się nad tem, w czem leżą przyczyny tak kolosalnej przemiany naszych pojęć położniczych co do wskazań do cięcia cesarskiego, niemniej jednak winienem choćby pokrótce zaznaczyć, że główna przyczyna tego zjawiska leży z jednej strony w wydoskonaleniu samej techniki cięcia cesarskiego, z drugiej zaś strony w dokładnem poznaniu tych wszystkich warunków, w jakich zabieg ten możemy wykonać bez narażania chorej na niebezpieczeństwa większe, niż te, na które ją narażają inne zabiegi położnicze. Ma to znaczenie nietylko jako ważny krok naprzód na drodze do tego, co stanowi ideał nowoczesnego położnictwa operacyjnego, a mianowicie do coraz większego zbliżenia naszego postępowania położniczego do czystej chirurgji, lecz przedewszystkiem ma to znaczenie praktyczne, gdyż w tej postaci,

w jakiej je dziś wykonujemy, stanowić może cięcie cesarskie nawet w rękach lekarza-praktyka zabieg, w porównaniu z innemi zabiegami położniczemi, bezpieczniejszy dla matki, a ratujący życie płodu w tych przypadkach, w których niejednokrotnie świadomi niebezpieczeństwa musieliśmy się zachować wyczekująco lub cowięcej, zgóry poświęcaliśmy płód dla uchronienia matki przed innym zbyt ryzykownym zabiegiem.

Wydoskonalenie techniki operacyjnej i poznanie warunków, w jakich cięcie cesarskie może być bez niebezpieczeństwa dla matki wykonywane, spowodowały, że dziedzina wskazań do tego zabiegu w ostatnich latach z roku na rok się powiększała i dalej się powiększa tak, że dziś niema prawie takiego powikłania położniczego, któreby w pewnych warunkach nie stanowiło wskazania do cięcia cesarskiego.

Z roku na rok wskazania te, będące jeszcze doniedawna czemś niezwykłem, wydają się coraz bardziej naturalne. W ten sposób pozostałyby zatem tylko nieliczne przypadki, które — o ile określilibyśmy jako rzadkie, to raczej ze względu na rzadkość samego powikłania stanowiącego wskazanie do cięcia cesarskiego, aniżeli ze względu na sam zabieg.

Przegląd przypadków cięć cesarskich, wykonanych w lwowskiej Klinice Poł.-gin. w ostatnich 10 latach i odpowiednia ocena tego materjału w powyższym kierunku stanowi cel podjętej pracy.

Ogółem wykonano w Klinice Poł.-gin. Lwowskiej w ostatniem dziesięcioleciu (*1923—1932*) *176* cięć cesarskich, a to z następujących wskazań:

Tablica I.

Ścieśnienie miednicy:			
I stopnia		26	przypadków
II „		56	„
III „		25	„
IV „		2	„
Razem		109	przypadków
Łożysko przodujące		26	„
Rzucawka i zatrucia ciążowe		19	„
Przedwczesne odklejenie się łożyska		3	„
Nieprawidłowe położenie płodu przy miedn. praw.		2	„
Nieprawidłowe wstaw. się główki przy miedn. pr.		2	„
Choroby wewnętrzne i chirurgiczne		5	„
Inne rzadkie wskazania:			
Wypadnięcie pępowiny	3		
Zamartwica płodu wewn. mac.	1		
Pierw. niedom. mięśn. mac.	2		
Dwurożność macicy	1		
Niedorozwój narz. rodn.	1		
Blizny w pochwie	1		
Włókniak dol. odc. mac.	1	10	„
Razem		176	przypadków

Liczba to w stosunku do ogólnej ilości 8.129 porodów w tym czasie nieduża, zaznaczyć jednak muszę, że w wielu przypadkach, nadających się z tego lub owego wskazania do cięcia cesarskiego, zabiegu tego nie wykonaliśmy, a to spowodu powikłań, grożących życiu matki, jak np. daleko posunięty uraz porodowy, obraz ogólnego zakażenia i t. d. W pewnej także ilości przypadków od zamiaru cięcia cesarskiego musieliśmy odstąpić spowodu braku zgody ze strony rodzącej.

Jak z przedstawionej tablicy widzimy, główne źródło wskazań do cięcia cesarskiego stanowią i obecnie miednice ścieśnione, bo aż 109 przypadków, czyli około 68%. Jeśli się tej rubryce bliżej przyjrzymy, to widzimy, że przy podziale przypadków miednic ścieśnionych na 4 grupy wedle stopnia ścieśnienia, uderza stosunkowo znaczna ilość cięć cesarskich w I. i II. stopniu ścieśnienia, bo aż *26* w I i 56 w II stopniu ścieśnienia. Są to cyfry bardzo duże w porównaniu z postępowaniem położniczem doby wczorajszej (sprzed ostatniego dziesiątka lat). W grupie przypadków III stopnia ścieśnienia, ilość ta jest znacznie mniejsza (25), choć również większa, niż wykazują zestawienia z lat dawniejszych.

Tę znaczną ilość przypadków grupy I i II należy odnieść do zasadniczej zmiany naszych pojęć i postępowania położniczego w ostatniej dobie; jeśli bowiem i przed tą erą w tej grupie przypadków cięcie cesarskie było wykonywane, to były to przypadki wyjątkowe i jako „rzadkie" były określane ze względu na sam zabieg, a nie powikłania. I tu zaznacza się niewątpliwy postęp dzisiejszego położnictwa. Gdy bowiem dawniej zasadniczym warunkiem decyzji co do cięcia cesarskiego było conajmniej utrzymanie pęcherza płodowego, to dziś nietylko samo wydoskonalenie techniki cięcia cesarskiego, lecz w znacznie wyższym stopniu i przedewszystkiem dokładne poznanie warunków, w jakich zabieg ten może być jeszcze bez niebezpieczeństwa dla rodzącej wykonany, zezwala na zachowanie kardynalnej zasady prowadzenia porodu w przypadkach ścieśnienia miednicy I i II stopnia t. j. na wyczekiwanie i obserwację porodu tak co do jakości bólów porodowych i zdolności do konfiguracji główki, jak i tętna płodu i t. d. Dotyczy to oczywiście przedewszystkiem porodu u pierwiastek, u których ta zasada wyczekiwania i obserwacji porodu musi być tem surowiej zachowana, wobec braku tak ważnego sprawdzianu dla rokowania położniczego, jakim u wieloródek są poprzednie porody. Toteż zastrzegając się, że w Klinice naszej już oddawna odstąpiliśmy od niewolniczego trzymania się zasady t. zw. „porodu próbnego", nie możemy nie uznawać, że decyzja co do cięcia cesarskiego z natury rzeczy może być u pierwiastek trudniejszą, niż u wieloródek, u których anamneza wykazuje nieżywe płody, mimo racjonalnego prowadzenia poprzednich porodów. Z całym jednak naciskiem musimy podkreślić, że nie umniejszając znaczenia poprzednich porodów dla oceny stopnia ścieśnienia miednicy wzgl. niestosunku porodowego, nie zaprzeczamy równocześnie, zgodnie zresztą z obecnemi poglądami, że conajmniej równe znaczenie ma dla rokowania o przebiegu porodu funkcjonalna wydajność mięśnia macicy, a to szczególnie przy ścieśnieniach miednicy nieznacznego stopnia.

Szczegółowe omawianie całokształtu warunków, zezwalających jeszcze na wykonanie cięcia cesarskiego, zestawienie jego zalet przy porównaniu z innemi konkurencyjnemi zabiegami położniczemi, jak i wyników po tym zabiegu — to są kwestje niewchodzące w zakres tematu niniejszego wykładu, zaznaczyć tylko muszę, że doświadczenia lat ostatnich zezwoliły w znacznym stopniu na rozszerzenie granic tych warunków, na skutek czego wykonanie cięcia cesarskiego w tych dwu pierwszych stopniach ścieśnienia miednicy nie jest już dziś czemś niezwykłem, lecz w pewnych warunkach wchodzi obecnie w zakres zwyczajnych naszych zasad postępowania położniczego.

O wiele łatwiejszą jest decyzja na cięcie cesarskie w III stopniu ścieśnienia miednicy, gdyż jeśli w dwu pierwszych stopniach ścieśnienia może z cięciem cesarskiem konkurować cały szereg zabiegów, nie wyłączając nawet porodu siłami natury, to w III stopniu ścieśnienia miednicy poród siłami natury należy do wyjątków, natomiast w grę mogą wchodzić tylko operacje rozszerzające kanał kostny miednicy i wymóżdżenie główki płodu. Jeśli chodzi o stanowisko Kliniki Lwowskiej, to uważamy, że wobec dzisiejszej techniki cięcia cesarskiego, zezwalającej na rozszerzenie warunków dla cięcia cesarskiego aż do przypadków gorączkujących czyto z przyczyn miejscowych, czy nawet z t. zw. urazu porodowego, lecz początkowego — np. z wykluczeniem obrazu ogólnego zakażenia — operacje rozszerzające kanał kostny miednicy nie mogą wobec cięcia cesarskiego stanowić metody wyboru, gdyż w przypadkach niezakażonych cięcie cesarskie stanowi przecież zabieg lżejszy i bardziej chirurgiczny, w przypadkach zaś zakażonych i hebosteotomja również nie chroni tak dostatecznie matki, byśby mogli ryzykować jej życie dla wątpliwego uratowania płodu. Z tych więc powodów, aczkolwiek w zupełności hołdujemy zasadzie, że cięcie cesarskie jest tym zabiegiem, który ma o ile możności wyeliminować w przyszłości wymóżdżenie płodu, to jednak stoimy jaknajsurowiej przy zasadzie nieprzekraczania w tym kierunku pewnej granicy w interesie płodu, a ze szkodą dla matki. Uznajemy więc, że mimo wliczenia cięcia cesarskiego do zwyczajnego naszego postępowania położniczego, pewna ilość przypadków — szczególnie w ręku lekarza-praktyka — musi być rozwiązana wymóżdżeniem.

Stosunkowo znikoma cyfra cięć cesarskich w IV stopniu ścieśnienia miednicy, bo tylko dwa, jest oczywiście rzeczą przypadku — tak przecież często dominującego w zestawieniach mniejszych niż tysiące przypadków, a tem samem w naszem zestawieniu nieprzekraczającem liczby *200*.

W jaki sposób niemal z roku na rok ilościowo rozszerzają się granice wskazań i warunków, w jakich dziś — w przypadkach miednic śnieśnionych wykonujemy cięcie cesarskie, o tem poucza wyraźnie zestawienie ilości tych zabiegów, wykonanych w pierwszem i drugiem pięcioleciu okresu, z którego nasz materjał pochodzi.

Tablica II. Miednice ścieśnione — 109 przypadków:

Stopień ścieśnienia:	I	II	III	IV
Całe dziesięciolecie	**26**	**56**	**25**	**2**
Pierwsze pięciolecie *1923—1927*	5	19	11	—
Drugie pięciolecie *1927—1932*	*21*	37	14	*2*

Zestawienie powyższe wskazuje, że wzrost częstości stosowania cięcia cesarskiego dotyczy najbardziej I stopnia ścieśnienia miednicy, gdyż w drugiej połowie okresu, z którego nasz materjał pochodzi, ilość cięć cesarskich jest przeszło czterokrotnie większa, niż w pierwszem pięcioleciu. Już w mniejszym stopniu występuje ten wzrost ilości cięć cesarskich w II stopniu ścieśnienia miednicy, gdyż ilość ta przewyższa w II pięcioleciu tylko dwukrotnie ilość pięciolecia pierwszego. W III stopniu ścieśnienia różnice te są już nieznaczne. Jest to dowodem, że w I i II stopniu zwiększała się rozpiętość i wskazań i warunków, w III zaś stopniu zwiększoną ilość cięć cesarskich zawdzięczamy postępowi w samem tylko rozszerzeniu warunków do tego zabiegu, gdyż wskazania pozostały właściwie te same, co dawniej.

z wyłączeniem wysokiego, prostego wstawiania się główki. To właśnie było powodem, że omawiając nasz materjał, wliczyłem wszystkie przypadki ze wskazaniami wspólnemi t. j. pochodzącemi i ze ścieśnienia miednicy i z tych dodatkowych powikłań do grupy miednic ścieśnionych.

Wspomniane zaś powyżej 4 przypadki wymagają osobnego miejsca w naszem zestawieniu, gdyż w nich owo „dodatkowe" powikłanie przypadków grupy pierwszej stanowiło jedyne wskazanie do cięcia cesarskiego. Były to bowiem rodzące z miednicą prawidłową (2 razy), a nawet w dwu przypadkach o wymiarach większych: *conj. ext.* 22 i 23 cm. Dwa razy mieliśmy do czynienia z wysokiem prostem wstawianiem się główki, 1 raz z położeniem poprzecznem, a jeden raz ze skośnem płodu.

Tablica III. Miednice ścieśnione — 109 przypadków.
Wskazania do cięcia cesarskiego:

Stopień ścieśn.	Ogólna liczba przypadków	Samo ścieśn. miedn.	Wskazania dodatkowe: Nieprawidłowe wstaw. się główki	Wskazania dodatkowe: Nieprawidłowe położenie płodu
I	26 =	19 +	3 r. asynclit. tylny 2 r. wysokie proste wst. gł.	1 r. położenie poprzeczne 1 r. położenie miednicowe
II	56 =	46 +	2 r. wys. proste wstaw. główki 1 r. czołowe 2 r. ciemieniowe przednie	3 r. położenie poprzeczne grzbietowe 2 r. położenie brzuszkowe
III	25 =	21 +	1 r. twarzowe	1 r. położenie poprzeczne 1 r. położenie skośne 1 r. położenie pośladkowe
IV	2	2	—	—

Tak się cyfrowo i w najogólniejszych zarysach przedstawia nasz materjał cięć cesarskich w przypadkach miednic ścieśnionych. Dla uzupełnienia powyższych ogólnych uwag muszę dodać, że w znacznej liczbie tych przypadków obok samego ścieśnienia miednicy i to tak I i II, jak nawet III stopnia, istniały jeszcze i inne powikłania, które naturalnie ułatwiały decyzje na cięcie cesarskie, a miały one przy ocenie danego przypadku oczywiście tem większe znaczenie, im niższy był stopień ścieśnienia miednicy. W pewnej liczbie tych przypadków owo powikłanie, nawet bez ścieśnienia miednicy, usprawiedliwiało wykonanie cięcia cesarskiego, mimo to jednak z całą świadomością wliczyliśmy te przypadki do grupy miednic ścieśnionych, a to z tej choćby przyczyny, że takie wspólne zestawienie tych przypadków poucza nas wyraźnie, w jakim odsetku w poszczególnych stopniach ścieśnienia miednicy samo ścieśnienie stwarzało *ceteris paribus* dostateczne źródło dla wytworzonych wśród przebiegu porodu wskazań do cięcia cesarskiego. Może jednak ważniejszem jest drugie pouczenie wyrażone w cyfrach w naszem zestawieniu III, a mianowicie, że to dodatkowe powikłanie było w budowaniu naszych wskazań tem częstsze, im niższy był stopień ścieśnienia miednicy.

W zestawieniu tem podzieliliśmy owe „dodatkowe" powikłania na dwie rubryki, a to na nieprawidłowe wstawianie się główki i nieprawidłowe położenie płodu.

Czytamy w niem, iż w I stopniu ścieśnienia miednicy na ogólną liczbę 26 przypadków, 7 razy czyli aż mniejwięcej 28% przypadków decyzję na cięcie cesarskie ułatwiały powikłania dodatkowe, a to z grupy nieprawidłowego wstawiania się główki — 3 razy wstawianie się kości ciemieniowej tylnej i 2 razy wysokie proste wstawianie się główki, z grupy zaś nieprawidłowych położeń płodu — 1 raz położenie poprzeczne i 1 raz położenie miednicowe płodu. Już jednak w II stopniu ścieśnienia miednicy ilość tych dodatkowych wskazań wybitnie się zmniejsza, bo na ogólną liczbę 56, notujemy takich „powikłanych" przypadków tylko 10 czyli niespełna 18%, a więc proporcjonalnie tylko połowę tej ilości, jaką zanotowaliśmy w I stopniu ścieśnienia miednicy. W grupie III stopnia ścieśnienia miednicy mamy tych przypadków zaledwie 4.

Jak wyżej wspomniałem, niewątpliwie przynajmniej w niektórych z tych przypadków mogło samo to „dodatkowe" wskazanie w postaci nieprawidłowego położenia płodu, czy nieprawidłowego wstawiania się główki stanowić wystarczające lub ważniejsze wskazanie do cięcia cesarskiego, niż samo ścieśnienie miednicy. Że tak istotnie być może, o tem pouczają 4 takie przypadki, które omawiam poniżej osobno. Jak jednak przy ocenie poszczególnego przypadku trudno osądzić, który z tych czynników: ścieśnienie miednicy, czy którekolwiek z tych „dodatkowych" wskazań stanowiło ważniejszy czynnik w wytworzeniu całokształtu wskazań do cięcia cesarskiego, to staje się zrozumiałem, jeśli się uwzględni, że właśnie samo ścieśnienie miednicy jest najczęstszą przyczyną każdego z tych „dodatkowych" powikłań, oczywiście

Tak częste stosowanie cięcia cesarskiego w przypadkach miednic ścieśnionych — jak to wykazują zestawienia ostatniego dziesiątka lat — stanowiło postęp tylko w znaczeniu ilościowem, a to przez rozszerzenie wskazań na I i II stopień ścieśnienia i rozszerzenie warunków, w jakich jeszcze cięcie cesarskie może być wykonane.

Dok. nast.

SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

Włodzimierz MIKUŁOWSKI. Warszawa.

Przyczynek do patogenezy kliniki i leczenia duru brzusznego u dzieci.

Ze Szpitala Karola i Marji.
Dyrektor: Prof. Dr. Szenajch Władysław.

Jarosław G., Nr. prot. 29381 [1]), lat 7, przybył do szpitala z prowincji dnia 23. I. 1932. Jest jedynakiem zdrowych rodziców. W 3 roku życia przechodził koklusz. W jesieni 1931 przebywał grypę i w następstwie po niej zapalenie prawego ucha. Oprócz tego dziecko często zapada na anginy. I obecna choroba zaczęła się nagle od anginy dnia 5. I. wśród gorączki 39°. Spowodu tej anginy umieszczono dziecko w szpitaliku na prowincji, gdzie zastosowano wstrzyknięcie surowicy przeciwbłoniczej. Ponieważ od 2 dni ciepłota znowu wzrasta i dochodzi do 40°, przywieziono dziecko do Warszawy, do naszego szpitala.

Badanie stwierdza: chłopiec stosownie wielki, o wadze obniżonej (15 kg zam. 21 kg). Jest nieco odurzony, blady, z ustami otwartemi. Temp. 40°. Język obłożony, suchy, ze znamiennym dla duru nadbrzeżnym trójkątem oczyszczenia. Odczyn Pirqueta ujemny. Na skórze brzucha wykwity różyczki durowej. Śledziona macalna, wystaje na palec spod łuku żebrowego. Przytłumienie podstawy prawego płuca przy braku zmian osłuchowych. Granice serca normalne. Tony czyste. Parcie krwi — 75/65 Riva Rocci. W moczu odczyn dwuazowy dodatni, zawartość kwasu moczowego wzmożona 1,3‰. We krwi białych ciałek 7,600, w tem 54% wielojądrzastych, 46% limfocytów. Odczyn Widala 1:2000. Ciepłota ma charakter temperatury ciągłej i utrzymuje się od chwili przyjęcia, t. j. od 23. I. do 4. II. na wysokości 40 do 41°, a od dn. 5. II. do 12. II. waha się od 39 do 38°. Następnie, po 3-dn. stanie bezgorączkowym, zjawia się 16. II. na nowo podniesienie ciepł. do 40,3°, które utrzymuje się wśród nieregularnego przebiegu aż do 2. III, aby następnie opaść do 38° na 2 dni i wreszcie do normy. Pierwszemu okresowi wysokiej temperatury towarzyszą wolne stolce grochówkowe. W okresie wahania ciepłoty język oczyszcza się,

[1]) Przypadek był demonstrowany i omawiany przeze mnie na posiedz. klin. Pol. Tow. Pedj. dn. 6. IV. k. 1932 r.

przytomność wraca, a obrzęk śledziony ustępuje, aby w ostatnim perjodzie gorączkowym na nowo wystąpić. Przez pierwsze trzy tygodnie choroby dziecko wykazuje objawy ciężkiej niedomogi nadnercza (dawniejsza *myocarditis typhosa)* w postaci *bruit de galop*, arytmji, tachykardji, obwodowego ziębnięcia członków, wymiotów, zapadów i znacznej astenji. Ten groźny zespół objawów wymagał racjonalnego stosowania, obok analeptyków, wstrzyknięć adrenaliny oraz ciągłej czujności ze strony personelu pielęgniarskiego.

W trzecim tygodniu pobytu szpitalnego zjawiła się dn. 3. II. w prawem uchu wydzielina ropna, która, jako wyraz zeszłorocznego zapalenia ucha środkowego, nie budziła specjalnego zainteresowania klinicznego. Gdy atoli w 4 tygodniu choroby, po uprzednim wahającym spadku temperatury zjawił się nagły, wspomniany wyżej skok ciepłoty dn. 16. II. do 40,3° i gdy ciepłocie tej towarzyszyły dreszcze przy braku zmian uchwytnych w innych narządach — zmuszeni byliśmy zwrócić uwagę na prawe ucho, którego wyrostek sutkowy wykazywał bolesność i zaczerwienienie skóry. Zaproszony na naradę dn. 17. II. specjalista, Dr. Pieniążek, rozpoznał zapalenie wyrostka sutkowego prawego *(mastoiditis dextra)*. Wyciek z ucha stawał się w dniach następnych obfitszy (z ropy nie wyhodowano zarazków duru). Dnia 22. II. zjawia się białko w moczu w związku z pyurją. Wyskok leukocytozy do 12,400 b. c. Po 4 dniach ropomocz cofa się, a wraz z nim leukocytoza spada do 7.000 b. c. Niemniej przeto tak ze względu na utrzymujący się typ gorączki przepuszczającej od 38 do 40°, jak na pojawiające się dreszcze przy wciąż obfitem ropieniu z ucha prawego — wykonano (Dr. Pieniążek) antrotomję prawostronną. Stwierdzono zniszczenie przegródek kostnych i wypełnienie komórek wyrostka na całej przestrzeni ziarniną. Cały wyrostek wydłótowano i usunięto łyżeczkami ziarninę. Obnażono zatokę na znacznej przestrzeni. Ściana zatoki niezmieniona. Po zabiegu operacyjnym ciepłota utrzymywała jeszcze swój typ przepuszczający przez 7 dni. Potem wróciła do normy. Pacjent 16. III. odszedł do domu wyleczony.

W przypadku tym uderzający był fakt, że dziecko skierowano z prowincji po przebytej w domu anginie spowodu nowego zjawienia się gorączki. Nie ulega wątpliwości, że dziecko dn. 5. I. kiedy zapadło było na anginę, nie miało żadnych objawów durowych. Na czoło choroby wybijała się angina, którą zlikwidowano zapomocą wstrzyknięcia surowicy 9. I. Gdy po spadku temperatury anginowej, koło 20. I. znowu pojawiła się gorączka i stan chorego był dość ciężki — zdecydowali się koledzy z prowincji przesłać dziecko do Warszawy w przekonaniu, że idzie o następstwa anginy. I w istocie, dur, który się rozpoczął koło 20. I. i osiągnął swoje *fastigium morbi* w pierwszych dniach przybycia do Warszawy, przebiegający z odurzeniem, z otwartemi ustami, z językiem suchym, był następstwem i powikłaniem anginy, która się była zjawiła dn. 5 stycznia.

Dla zrozumienia mechanizmu powstania tego duru spontanicznego w związku z anginą nasuwają się dwie koncepcje.

W myśl pierwszej hipotezy, dur ten był spowodowany przez anginę, jako t. zw. dur samoistny, zjawiający się u nosiciela durowego w przebiegu choroby zakaźnej, jaką jest angina, w danym przypadku u nosiciela zarazków durowych. Dziecko mieszkało w miasteczku, które było dotknięte endemją duru brzusznego i w tym samym domu oraz w najbliższem sąsiedztwie znajdował się świeży przypadek duru brzusznego. W tych okolicznościach dziecko miało warunki dla nosicielstwa zarazków durowych. Puntoni, uczeń Sanarelli'ego, wykazał doświadczalnie, że długotrwałe wziewanie gazów gnilnych w małych ilościach przez białe myszy powoduje u nich toksyczne śmiertelne *enteritis*, wywołane przez bakterje durowe i rzekomodurowe, których przedtem nie dawało się u zwierząt wyhodować, a które nagle nabrały zjadliwości. Chodziło więc w tych przypadkach o dur spontaniczny, wywołany nie przez wprowadzenie zarazka durowego do krwiobiegu, ale przez zakażenie zwierzęcia, nosiciela duru brzusznego, czy rzekomego bakterjami gnilnemi. W naszym przypadku, przez analogję ze zwierzęciem, zakażenie zarazkami anginy wywołało u nosiciela pałeczek durowych powstanie duru.

W 1930 r. w „Medycynie Warszawskiej" opisałem dwa przypadki duru brzusznego samorodnego; raz u dziecka 5-letniego w przebiegu kokluszu, drugi raz u dziecka dwuletniego w przebiegu zapalenia miedniczek nerkowych i kokluszu.

Drugiej koncepcji, tłumaczącej związek przyczynowy między anginą a durem brzusznym, możnaby się doszukiwać w zjawisku biotropizmu, więc w teorji Miliana, tem bardziej, że dziecko otrzymało 9 stycznia zastrzyk surowicy przeciwbłoniczej. W tym przypadku obudzony przez surowicę następowo u nosiciela zarazków dur brzuszny odpowiadałby swoim terminem koło 20 stycznia pojęciu *„maladie du neuvième jour"* autora francuskiego.

Tak więc i ze stanowiska teorji Sanarelli'ego, i z punktu widzenia biotropizmu chorobowego Miliana, nie ulega wątpliwości, że dur brzuszny był w danym przypadku obudzony przez uprzednio przebytą anginę i nosił cechy duru samorodnego u nosiciela zarazków durowych. Do szpitala dziecko przybyło w drugim tygodniu duru, a więc na szczycie choroby.

Pod względem klinicznym przypadek przedstawiał dla lekarza dużo emocji ze względu na incydent uszny w 5 i w 6 tygodniu choroby. Chodziło mianowicie o rozstrzygnięcie, czy epizod gorączkowy, obserwowany w tym okresie choroby, był spowodowany przez ostry proces wyrostka sutkowego, czy też był niewinnym objawem nawrotu durowego. Wywiady stwierdzały, że dziecko w jesieni przebywało, w następstwie grypy, długotrwałe zapalenie ucha środkowego prawego. Obecnie znowu przebyło świeżą anginę, której związek z powikłaniem usznem stawał się bardziej prawdopodobny, niż związek z durem brzusznym. Doświadczenie uczy, że ucho przedstawia całkiem wyjątkowy teren powikłań w przebiegu duru. Ropne zapalenie wyrostka jest w przebiegu duru nieznane. Za nawrotem przemawiał dobry stan ogólny chorego, obrzęk śledziony, bolesna bębnica brzucha, typ gorączki i czas jej trwania, brak leukocytozy i limfocytowy obraz krwi. Kilkakrotne dreszcze i przemijająca leukocytoza były w związku z zapaleniem miedniczek nerkowych.

Z drugiej strony, za możliwością ropnego zapalenia wyrostka sutkowego, oprócz wspomnianych wywiadów anginowych i usznych, przemawiać mogła bolesność wyrostka sutkowego. O zabiegu operacyjnym decydowało w danym przypadku dobro chorego. Doświadczenie uczy, że gdy przeciw nawrotowi durowemu nie mamy lekarstwa, to przeciw ewentualnej posocznico-ropnicy jedynem racjonalnem lekarstwem jest wczesny zabieg operacyjny. W przypadku tym wykonana antrotomja przyczyniła się do rychłego miejscowego wyleczenia sprawy usznej i równocześnie do całkowitego wyjaśnienia incydentu gorączkowego. Zabieg wyjaśnił, że gorączka była objawem nawrotu durowego. W komórkach wyrostka nie było ropy, ale była obfita ziarnina; a jak wiadomo, operuje się nietylko ropne procesy wyrostka, lecz także ziarninowe. Jakkolwiek więc epizod gorączkowy był objawem nawrotu durowego, a nie sprawy usznej, mimo to zabieg operacyjny okazał się podwójnie pożyteczny i w danym przypadku wskazany.

Przypadek nasz poruszał pozatem jeszcze zagadnienie leczenia t. zw. zespołu złowróżbnego Hutinela *(syndrome malin)*, którego groźne objawy obserwowaliśmy w pierwszych trzech tygodniach u chorego dziecka. Obok *bruit de galop*, obok arytmji, obniżenia parcia tętniczego i tachykardji zjawiły się wymioty, ziębnięcie obwodowe członków oraz zapady. Ten katastrofalny zespół objawów niedomogi nadnercza opanowano przez energiczne stosowanie 2- i 3-razowych dziennie zastrzyków adrenaliny 1/1000 po 1 cm^3 przez przeciąg 3 tygodni. Oprócz tego podawaliśmy stale wino węgierskie i szampana, a gdy chory wymiotował — zastrzyki kamfory, kofeiny i tlenu. Największą rolę leczniczą przypisywaliśmy w danym zespole wstrzykiwaniom adrenaliny, która zwiększała ciśnienie krwi i pobudzała mięsień sercowy. W roku 1927 opisałem w Pol. Gaz. Lek. przypadek ciężkiego duru brzusznego u dziecka 3-letniego, u którego również groźne objawy niedomogi krążeniowej opanowano leczeniem adrenaliną.

Niezwykle korzystny wynik leczenia adrenaliną ciężkich przypadków duru brzusznego winien zachęcać do stosowania wyciągów nadnercza.

Streszczenie.

Opis przypadku duru brzusznego u chłopca 7-letn. Wywiady stwierdzają, że dziecko często zapada na anginy i że przed kilku miesiącami przebyło w związku z grypą ropne zapalenie ucha środkowego. Obecna choroba zaczęła się ostro od anginy, którą chłopiec przebył w domu na prowincji. Lekarze wstrzykiwali surowicę przeciwbłoniczą i uzyskali spadek ciepłoty. Kiedy jednak pod koniec drugiego tygodnia od zachorowania ciepłota na nowo zaczęła wzrastać i stan dziecka stawał się ciężki — lekarze na prowincji, domyślając się, że chodzi o powikłanie anginy, skierowali dziecko do szpitala do stolicy. Tu ustalono na podstawie krzywej ciepłoty i obrazu klinicznego, że dziecko znajduje się w końcu pierwszego, lub w początku drugiego tygodnia duru brzusznego.

Dur miał przebieg bardzo ciężki ze względu na zespół niedomogi nadnercza. W trzecim tygodniu pobytu zjawił się wyciek z ucha, bolesność wyrostka sutkowego, gorączka o typie skaczącym z dreszczami, ze świeżym obrzękiem śledziony, bolesnością brzucha przy dobrym stanie ogólnym. Otjatra (Dr. Pieniążek) stwierdza zapalenie wyrostka, wykonywa antrotomję na prawem uchu. Nie stwierdza obecności ropy, tyko tkankę ziarninową. Po 7 dniach spadek gorączki i rekonwalescencja. Gorączka była wyra-

zem nawrotu durowego. Niemniej zabieg był pożyteczny i bardzo uzasadniony.

Dur brzuszny, ze względu na swój początek anginowy, z kilkudniową pauzą bezgorączkową, miał charakter duru „samorodnego", aktywowanego przez początkową anginę, która nawiedziła nosiciela zarazków durowych w miasteczku objętem endemją duru. Zagadnienie porusza doświadczenia Sanarelli'ego i Puntoniego oraz teorję biotropizmu Miliana — budzenia choroby utajonej przez uprzednie zastrzyknięcie surowicy leczniczej.

Przypadek w czasie groźnego dla życia zespołu niedomogi leczono skutecznie zastrzykiwaniami adrenaliny.

Piśmiennictwo:

1. Hutinel. Les maladies des enfants. Paris. 1909. — 2. Mikułowski Wł. Pol. Gaz. Lek. Nr. 15. 1927. — 3. Mikułowski Wł. Medycyna Warszawska. Nr. 22. r. 1930. — 4. Mikułowski Wł. Pol. Gaz. Lek. Nr. 8. 1931 r. — 5. Milian. Le biotropisme. Paris. 1929. — 6. Sanarelli. Les entéropathies microbiennes. Paris. 1926.

MEDYCYNA SPOŁECZNA.

Dr. Bronisław KOSZUTSKI. Kalisz.

Szczepienia zapobiegawcze przeciwbłonicze i ich wynik na podstawie szczepień, dokonanych w Kaliszu w r. 1933 i 1934.

Wprowadzenie do lecznictwa w końcu zeszłego stulecia surowicy Behringa stanowiło epokę w walce z błonicą. Zdawało się, że błonica przestaje być chorobą groźną, skoro zdobyto tak skuteczny środek w jej leczeniu. Niestety optymizm był przedwczesny, albowiem surowica ta, będąca niewątpliwie potężnym środkiem w indywidualnem leczeniu błonicy, pod względem epidemjologicznym nieznacznie i to tylko pośrednio wpływa na ilość zachorowań na błonicę. Dane statystyczne za ostatnie lata wskazują na stały wzrost liczby zachorowań na błonicę, a obserwacje lekarzy stwierdzają zwiększoną zjadliwość zarazków błonicy, wyrażającą się w nasileniu objawów chorobowych i w zwiększonej śmiertelności wśród dzieci, zapadających na tę chorobę. Nic też dziwnego, iż zaczęto szukać nowych dróg w celu opanowania zła i na tym odcinku. Metoda zwalczania szeregu chorób drogą szczepień zapobiegawczych, analogicznie do szczepień przeciwospowych, została zastosowana również przeciw błonicy.

Zachęcające wyniki dotychczasowych szczepień, stosowanych na szerszą skalę w szeregu państw, postawiły i u nas na porządku dziennym sprawę szczepień zapobiegawczych przeciw błonicy. Od lat kilku przeprowadzane już są szczepienia w Warszawie, w Łodzi, w Wilnie, w Skierniewicach i w innych miejscowościach, przeważnie w formie akcji społecznej przy wydatnej pomocy czynników rządowych. W końcu 1932 r. zawiązał się i w Kaliszu, na wzór Łodzi, komitet do zwalczania epidemji.

Na ogólnem zebraniu komitetu, odbytem przy współudziale Starosty p. Ostaszewskiego i prezydenta miasta Kalisza p. Szarrasa, wybrano zarząd komitetu, w skład którego weszli: naczelny lekarz Kasy Chorych dr. A. Dreszer, lekarz miejski dr. St. Rożnowski, lekarz powiatowy dr. F. Staśkiewicz, prezes Kal. Tow. Lekarskiego dr. Bron. Koszutski, przedstawiciel Magistratu m. Kalisza p. Fr. Maciejewski, dr. Kar. Cywiński, ordynator oddziału zakaźnego dr. Zieliński i kierownik szkoły powszechnej p. Skrętny. Zarząd komitetu ukonstytuował się, wybierając na przewodniczącego dra Bron. Koszutskiego, a na sekretarza dra K. Cywińskiego. Jako najbliższy cel działalności komitetu wysunięto walkę z błonicą, której nasilenie w Kaliszu i w jego okolicy tak ilościowe, jakoteż jakościowe zostało stwierdzone.

Prezydjum Komitetu uzyskało obietnice subwencjonowania akcji Komitetu ze strony Departamentu Zdrowia Min. Pr. i O. S., a także ze strony Magistratu m. Kalisza i Kaliskiej Kasy Chorych. Naprzód przystąpiono do szczepień w szkołach powszechnych, po pierwsze z powodów organizacyjno-wykonawczych, gdyż dostęp do dzieci szkolnych był najłatwiejszy, a powtóre w celu spopularyzowania szczepień wśród szerszych kół rodzicielskich. W czasie od 6. II. do połowy kwietnia 1933 r. (w roku szkolnym 1932/1933) przeszczepiono około sześciu i pół tysiąca dzieci. Szczepień dokonywało 2 lekarzy (dr. Cywiński i dr. Kibler) przy pomocy higjenistek szkolnych. Zastrzykiwano w odstępach 3-tygodniowych, za pierwszym razem — 0,5 cm³, za drugim — 1 cm³, za trzecim — 1,5 cm³ anatoksyny o sile około 11 jednostek Ramona. Reakcja poszczepienna naogół nie była zbyt silną. W kilkunastu zaledwie przypadkach dzieci reagowały podniesieniem się temperatury do 38—39°. W dwóch przypadkach gorączka utrzymywała się blisko przez tydzień. Następnie po przeprowadzeniu propagandy drogą artykułów w miejscowej prasie i zapomocą plakatów, wyjaśniających cel i znaczenie szczepień zapobiegawczych, zorganizowano szczepienia, jeśli się tak można wyrazić, „dobrowolne". Odbywały się one w gmachu Ochotniczej Straży Ogniowej, która udzieliła swego lokalu bezpłatnie.

Szczepienia te trwały od 16 maja do połowy lipca i od 15 października do 15 listopada 1933 r. po 2 godziny dziennie, od godz. 14—16.

Brygada szczepienna składała się z dwóch lekarzy (dr. Grunera i dr. Kiblera), z higienistki i sekretarki. Kontrola — systemem kartkowym. Każde szczepione dziecko otrzymywało kartonik z grubej tektury, na którym notowano numer kolejny i datę następnego szczepienia.

Przeszczepiono przeszło 1600 dzieci, przeważnie trzykrotnie. W jesieni 1933 r. (rok szkolny 1933—34) przeszczepiono w szkołach powszechnych dzieci z pierwszych oddziałów, świeżo przyjęte do szkół, a więc nieobjęte szczepieniami wiosennemi. Przeszczepiono 1304 dzieci dwukrotnie.

Wiosną 1934 r. przystąpiono do sprawdzania wyników dotychczasowych szczepień. Zebrano możliwie skrupulatnie informacje o przypadkach zachorowań na błonicę na podstawie meldunków w biurze lekarza powiatowego i w sanitarjacie miejskim, na oddziale chorób zakaźnych w szpitalu, wreszcie u lekarzy pedjatrów. Na tej podstawie zestawiono listę zachorowań.

Specjalnie zaangażowana higjenistka obeszła wszystkie te przypadki w celu stwierdzenia, które z nich skończyły się śmiertelnie, a które wyzdrowiały, jaki był przebieg choroby i t. p. Było to koniecznem, gdyż wiele przypadków śmierci, poza chorymi leżącymi w szpitalu, nie dochodzi do rejestracji w urzędach sanitarnych. Zachorowalność dzieci szczepionych kontrolowano na podstawie kartotek, względnie spisu alfabetycznego dzieci, szczepionych w szkołach. Szczepienia (dobrowolne) dokonane poza szkołami w lecie i w jesieni 1933 r. wykazały, że jednak w przeważnej liczbie zgłaszają się do szczepienia dzieci nieco starsze, powyżej 5 lat. Tak na 1621 przeszczepionych wtedy dzieci do lat 5 włącznie było tylko 615, 6-letnich i starszych 1006. Jedynym sposobem dotarcia ze szczepieniami do najmłodszych dzieci, najbardziej zagrożonych zapadaniem na błonicę i najczęściej padających ofiarą tej strasznej choroby, byłoby przymusowe szczepienie, wprowadzone ustawowo, na wzór szczepień przeciwospowych.

Narazie i w Kaliszu, na wzór Łodzi i Warszawy, chcąc objąć szczepieniami i najmłodsze roczniki dzieci, postanowiono połączyć szczepienia przeciwbłonicze z przeciwospowemi, czyli przeprowadzić szczepienia t. zw. „sprzężone".

Ponieważ szczepienia przeciwospowe w r. 1934 wyznaczone zostały przez Miejski wydział Zdrowia na połowę maja, kaliski Komitet do zwalczania epidemji musiał się dostosować do tego terminu przy szczepieniach przeciwbłoniczych. Szczepień dokonywano w Miejskim Ośrodku Zdrowia. W jednej sali felczer miejski szczepił ospę, a w sąsiedniej sali lekarz (dr. Kibler) przy pomocy higjenistki i sekretarki przeprowadzał szczepienia przeciwbłonicze. Kontrolę szczepień przeciwbłoniczych prowadzono oddzielnie od ospowych, systemem kartkowym. Niezależnie od szczepień sprzężonych, szczepiono dzieci, zgłaszające się (dobrowolnie) na skutek odezw, uprzednio rozklejonych po mieście.

Przeszczepiono w czasie od 14. V. do 15. VI. 34 r. ogółem 1603 dzieci, w tem było 860 szczepień „sprzężonych". Szczepiono anatoksyną o sile około 30 jednostek Ramona w 1 cm³, dwukrotnie, po 0,5 cm³ i 1.0 cm³. W odstępach 2- względnie 3 tygodniowych. Drugie szczepienie „sprzężone" uskuteczniano zwykle przy zgłaszaniu się dzieci do kontroli „szczepień" przeciwospowych. Wobec wysuwanych niejednokrotnie obaw, iż szczepienia „sprzężone" mogą wywoływać zbyt silną reakcję ze strony organizmów dzieci, szczepionych równocześnie dwoma szczepionkami, przeprowadzono w Kaliszu kontrolę stanu dzieci szczepionych. Na 3 względnie na 4 dzień po szczepieniu sprzężonem wszystkie szczepione dzieci były odwiedzane przez higjenistkę, która na imiennych kartach odnotowywała stan ogólny dziecka, reakcję miejscową, w razie potrzeby mierzyła ciepłotę, i t. p. Po raz drugi informowano się o reakcji poszczepiennej przy powtórnem szczepieniu. Poza miejscowym odczynem i częściowo nieznacznem podniesieniem ciepłoty ciała u szczepionych, żadnych poważniejszych powikłań kontrola nie wykazała. Również i ze strony matek były tylko nieliczne narzekania na zbyt silną reakcję, zwykle jednak odnosiło się to do reakcji poospowej. W październiku 1934 roku przeprowadzono ponowną kontrolę wyniku szczepień, obecnie już dwuletnich. Mając na uwadze pogląd prof. Szenajcha, wy-

rażony na IV Zjeździe Pedjatrów Pol., iż „ważniejszą rzeczą w ocenie szczepień jest nie brak zachorowania, lecz charakter choroby w razie zachorowania", przy kontroli specjalnie zwracano uwagę na tę stronę zagadnienia. Na podstawie wywiadów, jakoteż na podstawie opinji lekarzy pedjatrów, laryngologów i internistów, stykających się z chorymi na błonicę można stwierdzić, iż w przeważającej ilości przypadków przebieg choroby u dzieci szczepionych bywa znacznie lżejszy, niż u nieszczepionych, aczkolwiek było kilka przypadków dość ciężkich. Nadto w szeregu przypadków błonicy, według tej opinji, charakter choroby zmienia się, czasem brak nawet wyraźnych nalotów na migdałkach, co utrudnia rozpoznanie, a samopoczucie chorego dziecka często jest znacznie lepsze, niż to bywa zwykle przy błonicy. Dla przykładu pozwolimy sobie przytoczyć 3 przypadki, opis których podał nam łaskawie pedjatra dr. J. Gruner.

1) A. P. chł. 7. l., synek lekarza, szczepiony 3-krotnie, zachorował po roku. Objawy: nieznaczne podniesienie ciepłoty do 37,6°, niewyraźny ból gardła, nieznaczne zaczerwienienie migdałków bez wyraźnych nalotów, drobne wybroczyny na podniebieniu miękkiem, powiększenie śledziony, samopoczucie dobre. Badanie mikroskopowe i bakterjologiczne materjału, wziętego z migdałków, wykazało obecność maczugowców Löfflera. Zastrzyknięto surowicę. Wyzdrowienie.

2) G. B. dz. 10 l. szczepiona w szkole wiosną 1933 r. Dn. 17. XI. 33 r. zgłosiła się do ambulat. Kasy chor. w Kaliszu. Ból głowy, temp. ciała podwyższona, stan ogólny dobry. Dn. 20. XI. ponownie się zgłosiła do ambulat.: b. blada, t. 37,9°, na lewym migdałku typowy nalot szaro-biały na krwawo-czerwonem tle rozpulchnionej śluzówki — gruczoły szyjne deskowato twarde, wyraźnie powiększone. Badanie mikroskopowe materjału, wziętego z nalotu wykazało obecność maczugowców Löfflera. Skierowano do wykonania zastrzyknięcia surowicy przeciwbłoniczej, lecz chora nie zgłosiła się. Kontrola późniejsza stwierdziła, iż dziewczynka, pomimo nieotrzymania surowicy, wyzdrowiała.

3. Sob. Ch. l. 11, szczepiony w szkole, zachorował w jesieni 1934 r. Równocześnie zachorowała jego siostra, nieszczepiona. U obojga wyraźny zespół błonicy. Przebieg choroby u dziewczynki znacznie cięższy, niż u chłopca, który wyzdrowiał bez zastosowania surowicy. Dziewczynka otrzymała zastrzyknięcie surowicy (wyzdrowienie).

Niestety przy szczepieniach przeciwbłoniczych w Kaliszu dotychczas nie wykonywano ani przed, ani po szczepieniach odczynu Schicka, poczęści spowodu trudności techniczno-wykonawczych z tem związanych, poczęści spowodu konieczności oszczędzania w wydatkach, gdyż budżet Komitetu Kaliskiego oparty jest wyłącznie na subwencjach.

Nie wpływa to ujemnie na wynik szczepień i na korzyść indywidualną i społeczną, osiąganą przez szczepienia, ale niewątpliwie zmniejsza się przez to znaczenie naukowe i ogranicza się możliwość wyciągania uzasadnionych wniosków, wynikających ze szczepień i z ich kontroli.

Na cele akcji szczepiennej Komitet Kaliski otrzymał w ciągu 1933 i 1934 r. ogółem 5450 zł, z czego z Departamentu Zdrowia M. Pr. i O. S. względnie z Urzędu Wojewódzkiego w Łodzi 4000 zł, z Kasy Chorych w Kaliszu w r. 1933 — 500 zł, w 1934 r. 250 zł, z Magistratu m. Kalisza w r. 33—500 zł, od Sejmiku Pow. 200 zł. Z tej sumy wydatkowano dotychczas 4487 zł. Pozostała kwota będzie użytą na dalsze szczepienia.

Koszta szczepienia 1 dziecka wyniosły przeciętnie 41,3 gr, a koszta 1 zastrzyku 17,1 gr, wliczając w to pracę lekarzy, higjenistek, obsługi, koszta statystyki, kontroli, utensyljów i t. d.

Szczepionkę Komitet otrzymywał bezpłatnie z Państw. Zakł. Hig. w Warszawie za pośrednictwem Depart. Zdrowia M. Pr. i O. Sp. Poniżej podajemy szczegółową statystykę dokonanych szczepień i zestawienie ich wydatków.

1. W roku 1933 zaszczepiono: w szkołach powszechnych od 6. II. do 30. III. (rok szkolny 1932—33) i w jesieni (rok szkolny 1933—34):

1 raz	dzieci	395	szczepień	395
2 razy	dzieci	2550	„	5100
3 razy	dzieci	4814	„	14442
Razem	dzieci	7759	szczep.	19937

2. W czasie od 16. V. do 8. VII. i od 15. X. do 15. XI. (dzieci pozaszkolne):

1 raz	dzieci	285	szczepień	285
2 razy	dzieci	488	„	976
3 razy	dzieci	848	„	2544
Razem	dzieci	1671	szczep.	3805

Ogółem w 1933 r. dokonano szczepień:

1 raz	dzieci	680	szczepień	680
2 razy	dzieci	3038	„	6076
3 razy	dzieci	5662	„	16986
Razem	dzieci	9380	szczep.	23742

Liczba zachorowań na błonicę w Kaliszu zanotowanych za cały rok 1933 wyniosła 133, w tem 13 osób dorosłych, a 120 dzieci do lat 14.

W tej liczbie szczepionych dzieci było 12, nieszczepionych 108. Zmarło 13, w tem szczepionych 1, nieszczepionych 12.

Zachorowało podług wieku:

Wiek	Nieszczepionych zachor.	Nieszczepionych w tem zmarło	Szczepionych zachor.	Szczepionych w tem zmarło
Poniżej 1 roku	2	1	—	—
1 rok	10	1	—	—
2 lat	12	2	—	—
3 „	13	2	—	—
4 „	9	4	—	—
5 „	8	—	1	—
6 „	8	1	—	—
7 „	22	—	3	—
8 „	12	1	1	—
9 „	5	—	1	—
10 „	2	—	2	—
11 „	2	—	2	—
12 „	2	—	—	—
13 „	1	—	1	—
14 „	—	—	1	1
Razem	108	12	12	1

Jeżeli przyjmiemy, iż dzieci do lat czternastu było w Kaliszu w roku 1933 około 16 tysięcy, to dane cyfrowe, przytoczone powyżej w stosunku procentowym dają następujące wyniki:

Wszystkich dzieci do lat 14: 16000, zachor. na błonicę 120 (7,5‰), zmarło 13 (0,81‰); z nich nieszczep. 6620, zachor. na błonicę 108 (16,31‰), zmarło 12 (1,81‰); z nich szczepion. 9380, zachor. na błonicę 12 (1,28‰), zmarło 1 (0,1‰).

Tak więc zachorowalność dzieci szczepionych w porównaniu do nieszczepionych zmniejszyła się 12,7 razy (16,31 : 1,28), a umieralność — 18,1 razy (1,81 : 0,1).

Statystyka szczepień przeciwbłoniczych przeprowadzonych w Kaliszu w maju i czerwcu 1934 r., częściowo jako t. zw. „sprzężonych", a więc dokonanych razem ze szczepieniami przeciwospowemi, przedstawia się następująco:

szczep. 1 raz	540 dzieci,	w tem sprzężonych 289 dzieci
szczep. 2 razy	963 dzieci,	w tem sprzężonych 571 dzieci
razem	1503 dzieci,	w tem sprzężonych 860 dzieci

Przy szczepieniach powyższych stosowano szczepionkę o sile około 30 jednostek Ramona, należy więc uważać dwukrotne szczepienie jako dostateczne dla całkowitego uodpornienia.

Podług wieku przeszczepiono:

	1 raz	w tem sprzęż.	2 razy	w tem sprzęż.	Razem	w tem sprz
Poniżej 1 roku	34	(31)	45	(40)	79	(71)
1 rok	86	(75)	110	(90)	196	(165)
2 lata	30	(17)	41	(21)	71	(38)
3 „	32	(16)	46	(14)	78	(30)
4 „	31	(10)	37	(11)	68	(21)
5 „	28	(8)	38	(16)	66	(24)
6 „	52	(24)	86	(60)	138	(84)
7 „	84	(59)	234	(210)	318	(269)
od 8—16 lat	163	(49)	326	(109)	489	(158)
Razem	540	(289)	963	(571)	1503	(860)

Do lat 5 włącznie przeszczepiono 558 dzieci, powyżej 5 lat — 945. Według zebranych danych do końca września t. j. przez pierwsze 9 miesięcy 1934 roku zachorowało w Kaliszu na błonicę 82 osoby, w tem osób dorosłych 3, dzieci — 79, szczepionych 12, nieszczepionych 67. Zgonów było 8, w tem 1 szczepiony, 7 wśród nieszczepionych.

Podług wieku zachorowało:

	nieszczep.	w tem zmarło	szczep.	w tem zmarło
Poniżej 1 roku	5	1	—	—
1 rok	5	1	—	—
2 lata	13	3	—	—
3 „	13	—	1	—
4 „	7	1	—	—
5 „	7	—	1	—
6 „	1	—	—	—
7 „	6	1	2	—
8 „	3	—	2	—
9 „	1	—	2	—
10 „	2	—	2	1
11 „	3	—	1	—
12 „	—	—	1	—
13 „	1	—	—	—
Razem	67	7	12	1

W wieku do lat 5 zachorowało 52, zmarło 6. Powyżej 5 lat zachorowało 27, zmarło 2.

Ogółem dotychczas zaszczepiono: w r. 1933 — 9380 dzieci
na wiosnę 1934 — 1503 dzieci

10883 dzieci

Podług wieku:

	1-krotnie	2-krotnie	3-krotnie	Razem
Poniżej 1 roku	34	45	—	79
1 rok	98	135	43	276
2 lata	48	74	56	178
3 „	58	87	66	211
4 „	57	77	67	201
5 „	63	90	75	228
6 „	89	167	84	340
7 „ i wyżej	773	3326	5271	9370
Razem	1220	4001	5662	10883

Do 5 lat włącznie — 1173 dzieci czyli 10,8%, powyżej 5 lat — 9710 dzieci, czyli 89,2%.

Jeżeli przyjmiemy, iż w r. 1933 i 34 łącznie było w Kaliszu 18 tys. dzieci (do 16 tys. z r. 1933 doliczamy nowy rocznik w ilości 2 tys.), to procentowy stosunek zachorowalności będzie się przedstawiał następująco:

		Zachor.		Zmarło	
Wszystkich dzieci	18000	199	11.1‰	21	1.17‰
w tem:					
nieszczepionych	7128	175	24.55‰	19	2,67‰
szczepionych	10883	24	2.2‰	2	0.18‰

Zachorowalność więc zmniejszyła się wśród szczepionych w porównaniu do nieszczepionych 11.1 razy (24,55 : 2,2), umieralność 14,8 razy (2,67 : 0,18). Z powyższych zestawień wynika, że szczepienia zapobiegawcze przeciw błonicy, przeprowadzone dotychczas w Kaliszu, podobnie jak to dla Łodzi stwierdził Dr. Załęski, wprawdzie znacznie zmniejszyły zachorowalność na błonicę wśród dzieci szczepionych, nie wpłynęły jednak na ogólne zmniejszenie się liczby zachorowań. Jest to zjawisko zupełnie zrozumiałe, jeżeli weźmiemy pod uwagę fakt, iż pomimo zaszczepienia około 11 tys. dzieci, pozostało jednak nieszczepionych jeszcze przeszło 7 tys., w tem przeszło 5 tys. w wieku do lat 5. Dopóki szczepienia przeciwbłonicze nie obejmą większości tych 5 tys. najmłodszych dzieci, przy corocznem szczepieniu nowo-zjawiających się roczników, trudno spodziewać się zupełnego zaniku przypadków zachorowań na błonicę.

Statystyka kaliska wykazuje stosunkowo duży odsetek zgonów na błonicę wśród szczepionych dzieci — mian. 2 na 24 przypadków zachorowań, gdy w Łodzi stwierdzono 2 na 120. Wprawdzie cyfry brane pod uwagę są zbyt małe, aby z nich można wyciągać stanowcze wnioski, należy je jednak zanotować. Teoretycznie, wobec niewykonania w obu powyższych wypadkach, ani przed, ani po szczepieniu próby Schicka, należy przyjąć, iż organizmy zmarłych dzieci (w wieku 10 i 14 lat) nie były zdolne do wytworzenia antytoksyn, pomimo więc szczepień zginęły.

Dla uzupełnienia obrazu czynności Komitetu Kaliskiego należy wspomnieć, iż Komitet przesłał w r. 1933 — 300 cm³ szczepionki do Liskowa, gdzie zostało przeszczepionych około 200 dzieci w Sierocińcu (Dr. Kosiński), a w r. 1934 przeszło 1000 cm³ do gm. Godziesze i Ostrów Kaliski, gdzie przeszczepiono około 400 dzieci (Dr. Mączyński). Komitet Kaliski przeprowadza w dalszym ciągu szczepienia zapobiegawcze.

Wnioski:

1) Szczepienia zapobiegawcze anatoksyną przeciwbłonicza stanowią skuteczną broń w zwalczaniu błonicy.

2) Szczepienia te nie wywołują u szczepionych dzieci ujemnych skutków dla zdrowia (poza krótkotrwałem podniesieniem się temperatury ciała i miejscowym odczynem).

3) Równoczesne dokonywanie szczepień ochronnych przeciwospowych i przeciwbłoniczych czyli t. zw. szczepień „sprzężonych" nie powoduje ujemnych skutków dla zdrowia szczepionych.

4) Szczepienia zapobiegawcze z epidemjologicznego punktu widzenia zmniejszają ilość zachorowań na błonicę, a zarazem wpływają łagodząco na charakter choroby i jej przebieg.

5) Szczepienia zapobiegawcze w wyniku swym dają znaczne oszczędności materjalne, dzięki zmniejszeniu się stosowania kosztownej surowicy przeciwbłoniczej.

6) Najskuteczniejszym sposobem zupełnego zwalczenia błonicy byłoby wprowadzenie ustawowego przymusu szczepień przeciwbłoniczych, na wzór przymusowego szczepienia ospy.

7) Dotychczasowe wyniki szczepień przeciwbłoniczych dostatecznie uzasadniają potrzebę wydania odpowiedniej ustawy o przymusowem szczepieniu przeciw błonicy.

Piśmiennictwo:

1) Sparrow i Kaczyński: Sprawozdanie Komit. szczep. przeciwbłon. w Warszawie. Warszawa. R. 1931. — 2) Knichowiecki: Pedjatrja Polska. T. XII. Z. 4. 1932. — 3) St. Ładyński: Zdrowie. Nr. 15—16. 1932. — 4) T. Załęski: Pol. Gaz. Lek. Nr. 48. 1933. — 5) Wł. Szenajch: Pedj. Pol. T. XI. 2—5. 1931. — 6) H. Brokman: Zwalczanie chorób zakaźnych drogą szczepień ochronnych. — 7) L. Hirszfeld: Organizacja szczepień ochronnych przeciwbłoniczych.

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Biologja Lekarska. T. XIII. Z. 6. 1934. Thiroux A.: Witaminy i awitaminozy (dok.). — Gedroyć M.: Znaczenie dynamiki krwi i hemolizy dla transfuzji krwi.

Klinika Współczesna. Nr. 12. 1934. Miesięcznik referatowy.

Kronika Dentystyczna. Nr. 6. 1934. Rozensztejn J.: Uwagi w sprawie nowej masy „Oralite" na dostawki zębowe.

Nowiny Lekarskie. Z. 1. 1935. Gałecki A.: 30 lat twórczej pracy naukowo-wynalazczej prof. dr. Ignacego Mościckiego. — Michałowicz A.: 1450 przypadków ropniaków opłucnej u dzieci. — Osmolski W.: Psychologja sportu. — Kiełanowski T.: Czy istnieje antagonizm między gruźlicą a niedokrwistością złośliwą? — Dziembowski Z.: Leczenie ran zapomocą miejscowego stosowania tranu.

Nowiny Społeczno-Lekarskie. Nr. 1. 1935. Huszcza A.: Na marginesie planów organizacyjnych lecznictwa w ubezpieczalniach społecznych. — Landau J.: O dostarczenie lekarzom pracy zarobkowej. — Mahler J.: Nowa ordynacja, a wymiary podatkowe lekarzy.

Czasopismo Sądowo-Lekarskie. Nr. 4. 1934. Grzywo-Dąbrowski W.: Samobójstwo z punktu widzenia medycyny sądowej. III. Powieszenie i zadzierzgnięcie. Samobójstwo, wypadek czy samobójstwo? — Grzywo-Dąbrowski W.: Samobójstwa w Warszawie w r. 1933. — Kołaczyński T.: Wpływ krwi i wydzielin zwierzęcych na wyniki badań sądowo-lekarskich w dziedzinie grup krwi. — Manczarski S.: Postrzał głowy — usiłowanie samobójstwa lub zabójstwa czy symulacja?

OCENY.

Therapeutisches Vademecum für die Kinderpraxis. (Vademecum terapeutyczne dla praktyki pedjatrycznej). H. KLEINSCHMIDT. Wyd. VII. Karger. Berlin 1935. 8°. Str. IV + 234. Cena RM. 6.60.

Miarą popularności tej małej książeczki jest jej siedem wydań w ciągu lat szesnastu. I nie dziw, że każdy nakład bywa szybko rozchwytany, bo dla licznych rzesz lekarzy, wykonujących praktykę w zakresie chorób dzieci, jest podręcznik Kleinschmidta doskonałym przewodnikiem i pomocą w ich codziennej pracy. Cechą tego dziełka jest jasny układ i celowa zwięzłość. Zwłaszcza uste-

py traktujące o dietetyce niemowląt i leczeniu zaburzeń odżywiania napisane są przykładowo jasno, krótko a wyczerpująco.

Nowe wydanie nie różni się prawie niczem od wydania ostatniego z r. 1929. Tu i ówdzie tylko zastosowanie jakiegoś nowego leku lub zabiegu (kroplówka dożylna). W dietetyce, jako nowość. dieta jabłkowa, narazie jednak tylko przy leczeniu czerwonki u dzieci starszych. Kilka nowych przepisów w kuchni dla niemowląt (mleko pełne zakwaszone kwasem mlecznym lub cytrynowym oraz mleko ścięte podpuszczką).

Zgrabny, niemal kieszonkowy format książeczki stanowi również jej cenną zaletę dla lekarza praktyka.

M. Krzyżanowski (Lwów).

Pamiętnik kliniczny Szpitala Św. Łazarza. Tom II. Zeszyt 2. Warszawa 1932. IV-to. Str. 334.

Pismo to, wydawane nakładem „Koła dermatologów i lekarzy innych działów Szpitala Św. Łazarza w Warszawie" ukazuje się perjodycznie od roku 1931. Podczas gdy obydwa zeszyty tomu pierwszego obejmują stronic 206, tom drugi zawiera stronic 334, nie licząc 58 stronic tekstu francuskiego, przeznaczonego dla czytelnika zagranicznego. Podobnie jak zeszyty poprzednie tak i zeszyt ostatni zawiera sprawozdania z posiedzeń naukowych Koła dermatologów i lekarzy innych działów Szpitala Św. Łazarza. W rzeczywistości przypadków niedermatologicznych jest niewiele tak, że pismo uważać można za czysto dermatologiczne.

Większość przedstawionych przypadków jest przez poszczególnych referentów doskonale opracowana, tak pod względem klinicznym, jak również pod względem badań pomocniczych. Dyskusje utrzymane są w tonie poważnym i rzeczowym.

Z często spotykanych badań pomocniczych zwróciła uwagę podpisanego próba Aldricha i Mc Clure'a, którą niektórzy z referentów uważają jeszcze ciągle za wskaźnik pogotowia wysiękowego. W rzeczywistości odczyn ten nie daje wskaźnika poziomu wody i chloru w skórze (patrz: Urbach i Jokl, *Klin. Wochenschrift* 18, 1931, i Nadel, *Arch. f. Derm. u. Syphil.* 164, H. 1).

Prócz opisów przedstawionych przypadków zawiera zeszyt cykl referatów z dziedziny „Choroby skóry a odżywianie".

Szereg udanych fotografij uzupełnia nader zajmujący tekst zeszytu.

Druk i papier pierwszorzędny, okładka bardzo estetyczna. Całość uważam za wartościową i godną przestudjowania przez każdego dermatologa.

A. Nadel (Lwów).

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Patologia.

Z badań nad cukromoczem florydzynowym. Doniesienie III. G. SARZANA. Gazz. Internazion. di Med. e Chir. Nr. 19, 1934.

U gołębi florydzynowanych, odżywianych zbożem, stwierdził autor znaczną ilość niestrawionej skrobi w kale, 3 lub 4 razy większą aniżeli u gołębi prawidłowych. Zastanawiając się nad przyczyną eliminacji skrobi niestrawnej u gołębi florydzynowanych — przychodzi autor do wniosku, iż jest ona spowodowana zaburzeniem wchłaniania podanych węglowodanów.

Zaburzenie resorbcji w cukromoczu florydzynowym polega na znacznem ograniczeniu tejże. Wykrycie bliższych przyczyn tej zmniejszonej resorbcji będzie przedmiotem najbliższych badań autora. *Dr. J. Papierkowski* (Lwów).

Fosfatydy śledziony w lipidozie Niemann-Picka. E. KLENK. Hoppe-Seylers Ztschrft. physiol. Chem. 229. Str. 151, 1934.

Pod względem chemicznym, a częściowo i klinicznym odróżnia się obecnie następujące zaburzenia przemiany lipidów:

1. Zaburzenia przemiany cholesterolu *(xanthelasma, xanthoma)* z charakterystycznemi żółtemi kępkami względnie guzami, których komórki nacieczone są obficie podwójnie załamującą światło substancją: cholesterolem. Rozmieszczenie kępek i guzów może być bardzo różnorodne (skóra, błony śluzowe i surowicze, ścięgna, okostna) i prowadzi zależnie od umiejscowienia zmian do różnych objawów wtórnych *(xanthoma* trzustki: *diabetes).*

2. *Morbus Hand-Schüller-Christian* z umiejscowieniem mas żółtych na podstawie czaszki; wrastanie tych mas do przysadki powoduje zaburzenia wzrostu, moczówkę prostą lub *dystrophia adiposo-genitalis.* I tu, podobnie jak w poprzedniej lipidozie stwierdza się w żółtych guzach obfite złoża cholesterolu, i to głównie zestryfikowanego z kwasami tłuszczowemi.

3. *Morbus Gaucher;* lipid, którym nacieczone są komórki śródbłonka naczyniowego narządów krwiotwórczych, powiększonej śledziony, wątroby i gruczołów chłonnych. jest kerazyna, a więc lipid z grupy cerebrozydów (galaktolipidów), zbudowany ze sfingozyny (zasada azotowa $C_{18}H_{37}NO_2$), kwasu lignocerynowego (nienasycony kwas tłuszczowy $C_{24}H_{48}O_2$) i galaktozy (aldoheksoza).

4. *Morbus Niemann-Pick,* ciężka, śmiertelna lipidoza, która występuje u dzieci, głównie wschodnio-żydowskiego pochodzenia. poniżej drugiego roku życia; chore dziecko nie rośnie, nie może siadać, chwytać przedmiotów, a jego rozwój psychiczny jest całkowicie wstrzymany; często dołączają się do tego obrazu takie zmiany wzroku, jakie spotyka się w chorobie Sachsa *(„Amaurotische Idiotie")* i prawdopodobnie obie jednostki chorobowe rozwijają się na identycznem podłożu. Olbrzymia śledziona dziecka zmarłego na chorobę Niemann-Picka wykazuje niezwykle wielkie ilości lipidów z grupy fosfatydów (fosforolipidów). Pobieżne, dawne analizy Epsteina wykazały. że fosfatydem tym jest lecytyna. co, jak stwierdził Klenk, nie jest ścisłe.

Klenk, największy współczesny znawca i badacz chemji lipidów, autor podstawowych prac o fosfatydach, analizował śledzionę dwuletniego chłopczyka zmarłego w Bazylei na lipidozę Niemanna i Picka. Ze śledziony tej, o wadze 430 gramów (normalnie 34 gramów) nie otrzymał lecytyny, lecz 8 gramów innego fosfatydu, a mianowicie sfingomyeliny, zbudowanej ze sfingozyny, kwasu lignocerynowego i kwasu cholinofosforowego. W świetle tych analiz Klenka otwierają się całkiem nowe drogi wiodące do wyjaśnienia wspólnego pochodzenia dwóch lipidoz, a to choroby Gaucher'a i choroby Niemann-Picka. Obie lipidozy są prawdopodobnie wynikiem wadliwej przemiany tego samego związku chemicznego, a to estru lignocerynowego sfingozyny. Ester ten znajduje się normalnie w śledzionie i wątrobie i, zgodnie z dawnemi przypuszczeniami Thannhausera, może przez zbyt wielkie łączenie się z galaktozą doprowadzić do nagromadzenia się wielkich ilości kerazyny *(Mb. Gaucher);* ten sam ester tworzy w reakcji z kwasem cholinofosforowym sfingomyelinę lignocery nową i ta właśnie reakcja może doprowadzić do powstania złogów sfingomyeliny *(Mb.* Niemann-Pick).

Wspólne podłoże chemiczne posiadają też dwie lipidozy, omawiane na wstępie, a jest niem wadliwa przemiana cholesterolu. Nazwa lipidoz ze stanowiska chemji jest dla *xanthelasma, xanthoma i* choroby Hand-Schüller-Christiana zgoła nieodpowiednia. bo cholesterol nie należy do lipidów lecz do sterolów, i tylko względy historyczne usprawiedliwiają zaliczanie tych „cholesteroloz" do lipidoz. *T. Mann* (Lwów).

Obraz rentgenologiczny ruchów narządów klatki piersiowej. G. v. d. WETH. Beitr. z. Klin. d. Tbk. T. 85. Z. 6. 1934.

Kimografja oddechania wyjaśniła rolę bruzd międzypłatowych stępem dla rentgenodiagnostyki. daje obraz ruchów narządów. Kimografja rentgenologiczna serca umożliwiła stwierdzenie — wbrew dotychczasowym poglądom — że przedsionek prawy stanowi również częściowo prawą granicę ortodiagramu zdrowego serca. Posiada dużą wartość dla rozpoznania różniczkowego między tętniakiem serca i dużych pni naczyniowych, a guzami śródpiersia. Te ostatnie nie wykazują ruchów tętniących, względnie ruchy te przedstawiają się na obrazie jako krzywe nieostre i niższe. Duże znaczenie posiadają również krzywe ruchów lewej komory. W sercu zdrowym (Stumpf) ruchy są silniejsze w kierunku kaudalnym, w chorym względnie niewydolnym sercu w kierunku kranjalnym.

Kimografja oddechania wyjaśniła rolę bruzd międzypłatowych przy oddechaniu (Weber). Zasadnicze znaczenie przy wdechu ma dla górnego płatu ruch wdechowy żeber (w górę i w bok), dla dolnego ruch przepony (w dół). Granicą tych ruchów jest bruzda międzypłatowa i w niej odbywa się ślizganie się płatów względem siebie. Studjowanie krzywych ruchów oddechania poszczególnych odcinków płuca umożliwia rozpoznanie obecności zrostów w górnej części jamy opłucnowej i tem samem daje zgóry orjentację co do możliwości ewentualnego założenia odmy. Dalej daje cenne wskazówki dla frenikoegzerezy, zwłaszcza dla jej skuteczności, tem więcej jeśli chodzi o częściowe unieruchomienie górnych partyj płuca. Ruchy przepony przenosić się mogą bowiem i w górne partje płuca, a to przy istnieniu większych zmian bliznowatych w tych partjach, zwłaszcza przy równoczesnej obecności zrostu międzypłatowego niezespalającego się jednak z żebrami. W tych właśnie przypadkach, mimo istnienia większych zrostów ściennych, frenikoegzereza połączona będzie z dobrym wynikiem, w przypadkach natomiast, w których kimografja nie stwierdzi przenoszenia ruchu oddechowego przepony na górne partje płuc, zabieg ten pożądanego wyniku nie da. Wreszcie kimografją można stwierdzić łatwą przesuwalność śródpiersia, co ma znowu znaczenie dla występowania szoków pooperacyjnych po rozległych torakoplastykach. *Dr. Z. Mromliński* (Lwów).

Odwrotne zachowanie się wydzielania śluzu i kwasu solnego w żołądku. M. LOEPER i R. FAU. Pres. Méd. Nr. 58. 1934.

Autorowie wykazują, że wydzielanie śluzu i przechodzenie ciałek białych zachowuje się wprost przeciwnie jak wydzielanie kwasu solnego. Ilość śluzu wydzielanego pod wpływem pokarmu pozostaje w odwrotnym stosunku do wydzielonego kwasu solnego. Podobny antagonizm można stwierdzić także w chorobach żołądka np. we wrzodzie i raku żołądka. Natomiast w nieżytach na tle alkoholowem lub nerwicach nie można tego potwierdzić, czynniki te — zdaje się — zmieniają sposób reagowania błony śluzowej żołądka. Z leków — soda i śluzy nie wpływają prawie zupełnie na wydzielanie śluzu lub kwasu solnego, natomiast jady parasympatyczne wpływają bardzo wybitnie: atropina zmniejsza wydzielanie kwasu solnego a powiększa wydzielanie śluzu i ilość ciałek czerwonych w soku żołądkowym, fizostygmina działa wprost przeciwnie. Pobudzenie przeto nerwu błędnego zwiększa kwasotę i obnaża błonę śluzową ze śluzu, wskutek czego występują objawy pieczenia, a zahamowanie nerwu błędnego usuwa kwasotę i osłania błonę śluzową śluzem oraz uspokaja skurcze spastyczne. W nadkwaśności należy więc podawać pokarmy najmniej pobudzające wydzielanie kwasu jak np. cukier lub białko jaja z cukrem, a nie mięso lub buljony, które pobudzają wydzielanie kwasu a zmniejszają śluz i przechodzenie ciałek białych do soku żołądkowego.

Skowroński (Lwów).

Gruczoły wewnętrzne i układ sympatyczny w mechanizmie powstawania gorączki. A. SALMON. Pres. Méd. Nr. 65. 1934.

Autor omawia wpływ gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu na gorączkę, oraz rolę układu wegetatywnego. Tarczyca, adrenalina i pituitryna podnoszą ciepłotę ciała. Przy braku czynności tych gruczołów stwierdza się niską ciepłotę ciała, przy ich nadczynności podwyższoną ciepłotę. Insulina wpływa obniżająco na ciepłotę. Układ sympatyczny i środki pobudzające go jak adrenalina, kokaina, tetrahydronaftylamina podnoszą ciepłotę, podobnie jak atropina porażająca układ parasympatyczny, natomiast obniża ją pilokarpina i inne środki pobudzające układ parasympatyczny. Wybitny wpływ na ciepłotę posiada też guz popielaty, gdzie umiejscawia się ośrodek regulacji ciepła i innych czynności wegetatywnych. Autor przypuszcza, że w powstawaniu gorączki odgrywa główną rolę guz popielaty, skąd idzie podnieta do nadnerczy do wydzielania adrenaliny i do tylnej przysadki do wydzielania pituitryny. Za obecnością adrenaliny we krwi przemawia zwiększone ciśnienie krwi, dreszcze w początkach gorączki, szybka akcja serca i przecukrzenie krwi zazwyczaj spotykane w okresie gorączkowym. Natomiast za zwiększonem wydzielaniem pituitryny przemawia zatrzymanie wody w organizmie, które jest jednym ze stałych objawów towarzyszących gorączce. Za tem przypuszczeniem przemawia również znany fakt, że w gorączce znikają objawy moczówki prostej.

Skowroński (Lwów).

W sprawie działania wyciągów z gruczołów dokrewnych i narządów zwierząt ciepłokrwistych na serce ciepłokrwistych in situ zatrute nikotyną, amoniakiem, wodnikiem chloralu i morfiną. G. KAC i E. LEJBENZON. Wracz. Dieło. Nr. 8. 1934.

Autorzy działali sporządzonemi przez siebie wyciągami z gruczołów dokrewnych i narządów na serce kota *in situ*, zatrute morfiną, nikotyną, wodnikiem chloralu, chloroformem, chlorkiem amonowym, do zupełnego wyczerpania i porażenia. Stwierdzono, że wyciąg ten wywiera potężny wpływ na serce, przywracając mu siłę działania tak, iż serce zatrute pracuje lepiej aniżeli przed doświadczeniem.

M. Segal (Lwów).

Autorzy nie podają, jakiemi wyciągami posługiwali się w swoich doświadczeniach. *(przyp. ref.).*

Doświadczenia terapeutyczne z nowym całkowitym wyciągiem jąder. T. MORELL. D. Med. Wschr. Nr. 40. 1934.

Stosowanie czystych hormonów nie daje odpowiednich wyników, lepszy natomiast skutek osiąga się podawaniem wyciągu z narządów. Tego rodzaju preparatem jest androstyna, której ampułki A zawierają wyciąg wodny jąder, ampułki B — wyciąg oleisty tychże, w tabletkach zaś znajdują się obydwa wyciągi. Frakcja B zawierająca substancje rozpuszczalne w tłuszczach, hamuje zanik drugorzędnych cech płciowych samców *(Test Loewe-Voss-Martin).* Wyciąg ten posiada więc w sobie hormon męski. Do standaryzowania androstyny posługiwano się testem grzebienia koguciego wg. metody Freuda, de Fremery i Laquer'a.

Androstyna A działa podobnie jak folikulina, wywołując przekrwienie narządów płciowych, co powoduje lepsze odżywianie z następową wzmożoną produkcją hormonów oraz wtórne działanie korelacyjne na narządy o wewnętrznem wydzielaniu. Według autora wyciąg wodny jąder wstrzymuje pozatem powstanie u kastrowanych samców charakterystycznych komórek w przysadce mózgowej.

Androstyna w przeciwieństwie do innych preparatów, zawierających czysty hormon męski, ma tę przewagę, że posiada wszystkie czynne substancje jądra i dzięki temu pozwala na ich lecznicze wykorzystanie.

W tym kierunku autor czynił doświadczenia z androstyną, otrzymując bardzo dobre wyniki. Stosował ją: 1) przy niemocy płciowej, szczególnie po zapaleniach jąder i najądrzy, 2) przy neurastenji ogólnej w połączeniu z objawami seksualnemi, 3) wychodząc z założenia, że u kobiet z abstynencją płciową występują zaburzenia w zakresie systemu nerwowego i funkcyj narządów płciowych, a u niektórych młodych dziewcząt z niedomogą gruczołów płciowych idą w parze takie stany, jak trądzik, błednica, stosował również i w tych przypadkach androstynę, uzyskując dobre wyniki.

Opierając się na wynikach doświadczeń z androstyną dochodzi do wniosku, że zawiera ona wszystkie czynne substancje jądra wraz z hormonem Mc. Cullagh'a, wywierającym przemożny wpływ na funkcje przysadki mózgowej.

Dr. H. Danielewicz (Warszawa).

Zwiększenie działania przeciwanemicznego wątroby po dodaniu żołądka zwierzęcego, błony śluzowej żołądka i wyciągu jego z błony śluzowej. VII. Doniesienie. F. REIMANN, A. BREUER i H. LANGEBECKER. Ztschr. f. klin. Med. Bd. 127. Str. 438—456. (Porówn. P. G. L. Nr. 42. 1934)

Nietylko sok żołądkowy ludzki, lecz także żołądek zwierzęcy i to jego błona śluzowa i wyciągi z niej uczynniają w wątrobie ciało przeciwanemiczne, którego działanie wielokrotnie przewyższa działanie samej wątroby lub samego żołądka w tej ilości podanej. Niema tu więc zwykłego sumowania działania przeciwanemicznego wątroby i żołądka, lecz uczynnienie wątroby przez żołądek.

H. Długosz (Lwów).

Choroby wewnętrzne, nerwowe i dziecięce.

O rozpoznawaniu zrostów opłucnowych. Objaw Perina. A. CECCHINI. Lott. c. tuberc. Nr. 5, 451—456, 1934.

Jest trudno rozpoznać zrosty opłucnowe i określić ich rozległość. Często zawodzi badanie rentgenologiczne i zwyczajnie kliniczne. Zapad klatki piersiowej i nieruchomość brzegów płatów płucnych niezawsze świadczą o zarośnięciu opłucnej, gdyż te same objawy występują i przy zmianach marskich w płucu. Perin podał w r. 1924 sposób, który pozwala z wielką dokładnością uczynić zadość naszym wymogom. Sposób ten polega na bardzo delikatnem opukiwaniu przestrzeni międzyżebrowej, podczas gdy chory wykonuje głęboki wdech. W razie zrostów wypuk przyjmuje odgłos bębenkowy, który staje się wyższym i krótszym. Stare zrosty dają wyraźniejszy objaw Perina. Jeżeli chodzi o wyjaśnienie samego zjawiska, to najprawdopodobniej tłumaczy się ono tem, że płuco nie może się równomiernie rozszerzać spowodu zrostów, skutkiem czego pęcherzyki płucne naprzeciw zrostów ulegają rozciągnięciu a powietrze w nich rozrzedzeniu. Ten spadek napięcia miąższu płucnego nadaje charakter bębenkowy wypukowi. Autor na wielkim materjale potwierdza użyteczność tego objawu. Nie znajdował go tylko wtedy, gdy w płucu proces włóknienia zbyt daleko postąpił (zrosty wewnętrzne, Morelli).

Z. Skibiński (Zakopane).

O leczeniu wysięków opłucnowych po stronie przeciwnej przy odmie jednostronnej. LUZATTO-FEGIZ. Lott. c. tuberc. Nr. 5, 481—488, 1934.

Autor zauważył, że ilekroć przy odmie występowało zapalenie wysiękowe opłucnej po stronie przeciwnej, to w jakiś czas później zjawiały się tam zmiany chorobowe w miąższu płucnym. Autor widzi w tem dowód, że zapalenie opłucnej jest pierwszym objawem bilateryzacji procesu chorobowego. Aby móc te zmiany leczyć, należy wcześnie wykonać pneumotorakocentezę, czyli założyć odmę także i na drugie płuco. Odma ta musi być stosowana długo jeszcze po ustąpieniu wysięku, aby zapobiegnąć rozwojowi zmian chorobowych w tem płucu. Jest to wskazane nawet wtedy, kiedy rentgenologicznie nie stwierdza się żadnych zmian w płucu. Będzie to odma zapobiegawcza.

Z. Skibiński (Zakopane).

Bilirubinemja w gruźlicy płuc. FILIBECK GIUSEPPE. Lott. c. tuberc. Nr. 5, 489—498, 1934.

Autor, posługując się metodą Daddiego (1% roztwór alkoholowy soli potasowej izoparanitrodiazobenzolu), zbadał w 100 przypadkach różnych postaci gruźlicy bilirubinę w surowicy krwi. U chorych niegorączkujących bilirubina znajdowała się w ilościach

prawidłowych (0,1—0,3 mg). W przypadkach cięższych gorączkowych bilirubina wyraźnie zwiększała się ponad normę. Natomiast w przypadkach powikłanych gruźlicą jelit bilirubina wykazywała liczby mniejsze od normy. *Z. Skibiński* (Zakopane).

O sposobie działania wyrwania nerwu przeponowego. LIBERO MENOZZI. Lott. c. tuberc., Nr. 4, 397—409, 1934.

Według autora frenikoegzereza zmniejsza uraz wdechowy do 1/3 a prawie wcale nie zmienia urazu wydechowego, podczas gdy odma uraz wdechowy zmniejsza o 1/3 a uraz wydechowy ogranicza do 1/2. We wszystkich stanach odprężenia klatki najwięcej korzysta z tego płat górny, ponieważ zawiera on tylko jedno oskrzele 1-ego rzędu, które w dodatku ma słabo zaznaczone odejścia monopodyczne dalszych oskrzeli. Płat dolny ma aż 7 oskrzeli 1-ego rzędu o silnie zaznaczonych rozgałęzieniach monopodycznych. Skutkiem tego przedstawia większą resystencję i trudniej może się zapadać. Dlatego po frenikoegzerezie płat dolny zachowuje nadal swą czynność. Przylegając do przepony wykonuje z nią ruchy paradoksalne, podczas gdy płat górny wykazuje większy spokój czynnościowy. Brak jest w jego pęcherzykach oscylacyj ciśnień, jakie prawidłowo istnieją przy oddechu. Skutkiem tego krążenie jest zaburzone (przekrwienie) i z naczyń włosowatych wysącza się przesięk (przesięk, obrzęk), który nie może wyparowywać spowodu osłabionego prądu powietrza oddechowego. Do tego dołącza się zwyrodnienie i złuszczanie nabłonków oskrzelowych i pęcherzyków płucnych. Tkanka wśródmiąższowa przerasta i przychodzi do karnifikacji płatu. Z tych wszystkich powodów w jakiś czas po wyrwaniu nerwu przeponowego kolejno stwierdza się ponad szczytem rzężenia wilgotne, przytłumienie, jednostajne zaciemnienie w obrazie rentgenowskim, czasem zaś wyjaśnienie spowodu zastępczej rozedmy, oddech oskrzelowy i bronchofonję. Proces włóknienia nie ogranicza się do samych tylko szczytów, lecz może objąć cały płat. Wtedy miąższ płucny na nowo zaczyna podlegać urazowi oddechowemu, gdyż wytwarza się zbyt wielkie ciśnienie ujemne. Powstają rozstrzenie oskrzelowe, nasila się nieżyt oskrzeli, a gdy odpływ wydzieliny zapalnej zacznie cierpieć, przychodzi do zaostrzeń wtórnych, jak zapalenie zrazikowe płuc i ropień płuc. Łatwo wystąpić może zapalenie zachłystowe płuca po stronie przeciwnej. Pozatem frenikoegzereza sprzyja leczeniu zmian chorobowych w płucu po stronie przeciwnej.

Z. Skibiński (Zakopane).

Powikłania płucno-opłucnowe u chorych na gruźlicę chirurgiczną. PAOLO de PAOLI. Lott. c. tubercol. Nr. 2, 141—153, 1934.

Dotychczas uważano, że gruźlica chirurgiczna wywiera wpływ uodparniający na organizm, dzięki czemu powikłania płucne przy gruźlicy chirurgicznej należą do rzadkości (Marfan, Wallgreen, Liebe i Rollier). Dziś widzi się w gruźlicy chirurgicznej raczej wieczne niebezpieczeństwo dla zachorowania płuc (König w 79%, Rosow w 92%, Wiese w 84%). Według Bocchettiego chorzy chirurgiczni pozostawieni sami sobie umierają na gruźlicę płuc w 30%. Powikłania płucne zwykle odznaczają się łagodnością przebiegu, natomiast powikłania kostne przy gruźlicy płuc mają przebieg ostry, ponieważ zwykle przy gruźlicy płuc następuje odwapnienie kości (Vallebona). Autor stwierdził powikłania płucno-opłucnowe przy gruźlicy chirurgicznej w 65,7%, mianowicie najczęściej przy zapaleniu otrzewnej w 84,7%, przy zapaleniu kręgów w 76,4%, najrzadziej przy zapaleniu gruczołów chłonnych w 48% i przy zapaleniu najądrza w 55,2%. Te powikłania częstsze były u starszych, aniżeli u młodszych pacjentów: powyżej 50 lat w 100%, między 20—30 r. w 46,2%. Prawdopodobnie wszystkie te powikłania płucno-opłucnowe pochodzą z ognisk obwodowych, ponieważ płuco stanowi wielki filter dla prątków, które wychwytuje je ze krwi.

Z. Skibiński (Zakopane).

Ostry reumatyzm a posocznica. L. D. MIRSKY. Pres. Méd. Nr. 61. 1934.

Autor omawia etjologję ostrego reumatyzmu i na podstawie własnych obserwacyj przyjmuje, że trzeba odróżniać dwa czynniki: reakcję alergiczną organizmu i alergję w zakażeniu bakteryjnem. Do właściwego ostrego reumatyzmu należy zaliczyć tylko te przypadki, w których występuje wyłącznie alergja lub gdzie jej objawy wysuwają się na pierwszy plan, natomiast tam, gdzie przeważają objawy posocznicowe, należałoby to uważać za posocznicę o typie reumatyzmu. Leczenie salicylem daje dobre wyniki w właściwym reumatyzmie i nawet niektóre objawy ze strony serca mogą ustąpić, natomiast w posocznicy zbliżonej do reumatyzmu pozostaje ono bez skutku.

Skowroński (Lwów).

O wartości zapobiegawczej i leczniczej szczepionki przeciwkokluszowej. K. KUNDRATITZ. Med. Klin. Nr. 32. 1934.

Doświadczenie autora nad szczepionką przeciwkokluszową potwierdza dodatnie wyniki, uzyskane przez innych autorów. Autor stosował szczepionkę przeciwkokluszową przez 3 lata tak, że leczone nią dzieci podlegały różnym zarazom. Materjał autora stanowiło 48 dzieci między 2—9 r. życia, leczonych ambulatoryjnie; z tych 22 dzieci otrzymało szczepionkę zapobiegawczo wtedy, kiedy zupełnie zmian jeszcze nie wykazywały, lub minimalne, a były narażone na przebywanie z dziećmi choremi na koklusz. Wyniki były dobre, gdyż 10 wogóle nie kaszlało, pozostałe przeszły bardzo łagodny koklusz, bez wymiotów i bez uszkodzenia ogólnego stanu, który skończył się już w 3 tygodniu trwania. U dzieci z kokluszem w stadjum kaszlu skurczowego po 2—3 wstrzyknięciach szczepionki prawie nie przychodziło już do typowych napadów. Jeszcze lepszy wynik uzyskiwał autor, stosując w tem stadjum kokluszu leczenie połączone, t. j. szczepionkę z zastrzykami transpulminy (codziennie 2 inj. transpulminy przez 8 dni, a co 2 dni szczepionkę), względnie kardjazolchin. w postaci czopków lub zastrzyków.

W czasie kokluszu, którego objawem głównym jest kaszel, przychodzi do zmian w płucach, które Pospischill określał jako „płuca kokluszowe". Według autora pierwszy okres kokluszu powinien nosić nazwę pierwotnego lub *„stadium praepulmonale"*, drugi — płucnego t. j. *„stadium pulmonale"*. Przy wczesnem zastosowaniu szczepionki zapobiegamy uszkodzeniu błony śluzowej oskrzeli i utkania płucnego tak, ze wogóle do „płucnego" okresu nie dochodzi. Lekkie lub początkowe uszkodzenia utkania płucnego będą przy odpadnięciu dalszych szkodliwych czynników t. j. działania endotoksyn szybciej wyleczone, natomiast powstałe już anatomo-patologiczne zmiany muszą pomimo wprowadzenia szczepionki mieć dłuższy okres czasu do gojenia się.

Częściowo złe wyniki leczenia szczepionką należy odnieść do ograniczonej zdolności ciał obronnych chorego i niemożności wytworzenia przeciwciał, jakoteż zbyt późnego zastosowania szczepionki. Valgimoglis uzyskiwał wyniki leczenia szczepionkami przeciwkokluszowemi zależnie od ich wieku i wielkości dawek, mianowicie: przy starych szczepionkach i małych dawkach dodatni wynik osiągał w 48%; przy świeżej szczepionce i dużych dawkach — w 88%. *J. Jaskólska* (Kraków).

Leczenie zapalenia opłucnej sanokryzyną. E. HEST i K. SECHER. Beitr. z. Klin. d. Tbk. T. 85. Z. 2. 1934.

Dzięki zastosowaniu sanokryzyny w 131 przypadkach wysiękowych zapaleń opłucnej udało się autorom skrócić przebieg choroby. Przypadki te obserwowali następnie przez dłuższy okres czasu (do 10 lat). Na podstawie obserwacji dochodzą do wniosku, że sanokryzyna nietylko skraca sam przebieg choroby, lecz również działa zapobiegawczo przeciw późniejszemu występowaniu zmian gruźliczych w ustroju, zwłaszcza w płucach, oraz przeciw późniejszemu szerzeniu się i rozsiewaniu zmian gruźliczych. *Dr. Z. Mromliński* (Lwów).

Zaburzenia w gospodarce soli kuchennej na tle schorzeń mózgu. MOLNAR S. i GRUBER Z. Dtsch. Arch. klin. Med. T. 177. Z. 1. Str. 29.

Wśród 11 przyp. schorzeń mózgu, jak guzy przysadki i inne, stany po śpiączkowem zapaleniu mózgu i t. p., zdołali Aa. w 10 przypadkach wykazać drogą obciążenia (10 g soli kuchennej) utajone zaburzenia w przemianie soli kuchennej, polegające bądź na zatrzymywaniu bądź na szybszem wydalaniu tego ciała. Zależały one albo od względnej oligurji — albo od istniejącej niedomogi w zdolności koncentracyjnej dla jonu chlorowego. Zaburzenia te nie pozwalały wyciągać wniosków co do rodzaju ani lokalizacji sprawy chorobowej. *W. Musiał* (Lwów).

Hamowanie czynności tarczycy przez krew zwierzęcą. H. EITEL i A. LOESER. Klin. Woch. Nr. 49. 1934.

Nawiązując do znakomitych wyników, które otrzymał Bier w leczeniu choroby Basedowa krwią zwierzęcą, autor bada wpływ jej na tarczycę. Ponieważ wpływ krwi zwierzęcej zaznacza się tylko przy podwyższonej czynności tarczycy, autor wywołuje u świnek morskich to podwyższenie przez wstrzykiwanie hormonu przedniego płatu przysadki (tyreotropowego); jako miarę działania krwi zwierzęcej bierze wpływ jej znoszący działanie hormonu tyreotropowego, wyrażający się niewystąpieniem zmian histologicznych, cechujących nadczynność tarczycy. Na podstawie swoich doświadczeń stwierdza zniesienie działania aktywującego tarczycę hormonu tyreotropowego przedniego płatu przysadki po zastrzyknięciu lub po podaniu doustnem tarczycy zwierzęcej, oraz oznacza stopień działania przeciwtarczycowego w szeregu preparatów handlowych krwi. *T. B.* (Lwów).

Niedokrwistość a dusznica bolesna. HOCHREIN M. i MATTHES K. Dtsch. Arch. klin. Med. T. 177. Z. 1. Str. 1.

Objawy dusznicy bolesnej w przebiegu niedokrwistości niepowikłanych schorzeniem mięśnia sercowego występują rzadko (w materjale Aa. na 440 przypadków w 2,8%), mimo iż przyczyną bólu dusznicowego jest niedotlenienie mięśnia sercowego na tle jego niedokrwienia. Dla wyjaśnienia tego zjawiska podkreślają Aa. szczegół, że ludzie z ciężką niedokrwistością łatwo się męczą, nie dopuszczając do przeciążenia mięśnia sercowego, oraz fakt zdobyty w doświadczeniach na psach, że nawet duży stopień niedokrwistości (po upustach) nie prowadzi wskutek procesów wyrównawczych do wyraźniejszego upośledzenia odżywienia mięśnia sercowego. *W. Musiał* (Lwów).

Ujemny wynik badania elektrokardjograficznego w schorzeniu mięśnia sercowego. P. RADNAI. Ztsch. f. klin. Med. Bd. 127. Str. 304—314.

Wstrzykując dożylnie jod, wywołano u królików znaczne zmiany zwyrodnieniowe w mięśniu sercowym, chociaż elektrokardjogram nie wykazał zupełnie zmian lub bardzo nieznaczne. U ludzi ekg. jest często bez zmian, a później po zabiegu operacyjnym lub jakiejś chorobie gorączkowej występuje niedomoga serca. Do ujawnienia ukrytych cech uszkodzenia mięśnia służy próba pracy Goldhammera i Scherfa, oddychanie gazem z małą ilością tlenu Dietricha i Schwiegka. Podobnie uczulająco na zmiany ekg. działa, według autora, temperatura. Należy zatem mimo poprzednio ujemnego wyniku kontrolować ekg. w czasie pierwszej zwyżki temperatury (np. proteinoterapja). Przed nienagłemi operacjami, gdy inne metody nie wykazują zmian w ekg., należałoby wywołać gorączkę i w czasie jej badanie powtórzyć. *H. Długosz* (Lwów).

Wchłanianie tłuszczów w niedomodze trzustki. POCZKA N. i FISCHEL W. Dtsch. Arch. klin. Med. T. 177. Z. 1. Str. 14.

Badania nad wchłanianiem różnych rodzajów tłuszczu z przewodu pokarmowego chorego z ciężkiem pourazowem schorzeniem trzustki (cukrzyca, zupełny brak fermentów trzustkowych) wykazały, że tłuszcz, podany w postaci masła i śmietany ulegał wessaniu w około 40%, przyczem czynność fermentów, przygotowujących tłuszcz do resorbcji spełniały bakterje jelitowe. Słonina, smalec oraz oliwa nie wchłaniały się zupełnie. Z preparatów, zawierających fermenty trzustkowe, słaby wpływ na wchłanianie wywierał *Pancreon* i to tylko w perełkach, wyraźnie dodatni *Pancreas — dispert H.* oraz kwas desoksycholowy — inne preparaty nie działały zupełnie. *W. Musiał* (Lwów).

Leczenie obrzęków i wodobrzusza dużemi dawkami chlorku wapnia. T. GUREWICZ. Sow. Wracz. Gaz. Nr. 17. 1934.

Chlorek wapnia w dużych dawkach działa silnie moczopędnie i winien być uważany jako jeden z najbardziej czynnych w grupie środków moczopędnych. Zgodnie z wskazówkami Bluma i Karlier a. podawał chl. w. w dawkach dużych od 10—30 g dziennie i nie zauważył przykrych objawów ubocznych. W kilku przypadkach u chorych wystąpiły nudności, brak apetytu. Wszystkie te objawy szybko ustąpiły po odstawieniu chl. w., który znów zaczęto podawać po kilkudniowej przerwie.

Działanie moczopędne chl. w. nie występuje odrazu, tylko po kilku dniach. W wielu przypadkach chl. w. zwiększa diurezę tam, gdzie inne środki moczopędne zawodzą.

Duże dawki chl. w. stosowane przy zapaleniach nerek działają moczopędnie, nie wywołując obostrzenia sprawy nerkowej. Wynik działania chl. w. uwarunkowany jest wyłączeniem soli kuchennej z pokarmów. *M. Segal* (Lwów).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Protokół posiedzenia Sekcyj do spraw szpitalnictwa i higjeny psychicznej Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia z dnia 16 maja 1934 roku.

Przewodniczy: Dr. J. Adamski, Dyr. Depart. Służby Zdrowia.

Protokół prowadzi H. Rawicz-Szczerbo.

Na porządku dziennym: *Projekt ustawy o opiece nad osobami psychicznie choremi.*

Referuje Dr. Witold Łuniewski, Dyrektor Państwowego Szpitala w Tworkach, który podkreśla zasadnicze punkty projektu.

Jako jedno z ważnych zagadnień wysuwa projekt budowy szpitali, następnie ustawa porusza kwestję nadzoru nad zakładami i przewiduje utworzenie kolegjum sądowo-psychjatrycznego. Mówca porusza przytem sprawę katedr psychjatrji.

Prof. Dr. Godlewski znajduje, że w projekcie ustawy jest hipertrofja czynnika administracyjnego z niekorzyścią władz sądowych; projekt ten odsyła zbyt często do rozporządzenia wykonawczego.

Prof. Dr. Mazurkiewicz porusza również sprawę katedr psychjatrji. Supremacja neurologji nad psychjatrją jest niebezpieczna. Co do klinik, to tam, gdzie niema możności istnienia 2-ch klinik psychjatrycznej i neurologicznej, mówca wypowiada się za utworzeniem kliniki psychjatrycznej.

Po ogólnej dyskusji rozpatrzono kolejne artykuły ustawy.

Przewodniczący: *J. Adamski.*
Sekretarz: *H. Rawicz-Szczerbo.*

Polskie Zrzeszenie Lekarzy Województwa Białostockiego.

Protokół posiedzenia z dnia 10 czerwca 1934 r. zwołanego w 10 rocznicę założenia Zrzeszenia.

Przewodniczy kol. K. Fiedorowicz, który zagaja posiedzenie zwołane w 10-tą rocznicę istnienia Zrzeszenia.

W przemówieniu swem przewodniczący wita p. Wojewodę i przybyłych gości z Warszawy, Wilna, Swiacka, za zaszczycenie swą obecnością uroczystości, która jest wynikiem 10-letniej pracy ogółu lekarzy miejscowych. Dążeniem Zrzeszenia było stworzenie środowiska, któreby potrafiło skupić ogół lekarzy na polu naukowem i społecznem. Podsumowując wyniki pracy 10-letniej działalności mówca dochodzi do wniosku, iż osiągnęliśmy wyniki conajmniej dostateczne. Jest to zasługa ogółu kolegów, którzy nie szczędzą swych sił, by postawić nasze zebranie naukowe na odpowiednim poziomie, do czego w dużej mierze przyczynił się Kol. Deresz ze swoją Szkołą Szpitala Psychjatrycznego w Choroszczy. Na zakończenie dziękuje p. Wojewodzie, wszystkim gościom, za przybycie na posiedzenie, a wszystkim kolegom za pracę nad rozwojem Zrzeszenia.

Kol. Karwowski odczytuje sprawozdanie za okres 10-lecia. (Streszczenie).

Początek Zrzeszenia — czerwiec 1924 r. Celem było uregulowanie najpilniejszych potrzeb życia lekarskiego, jak skonsolidowanie opinji lekarskiej przy wyborach do Izby Lekarskiej. Uregulowanie opinji członków przy zbiorowych zatargach, zorganizowanie pracy naukowo-samokształceniowej. Początki były trudne, lecz trudności zostały pokonane i Zrzeszenie rozpoczęło swą pracę naukowo-społeczną. Dorobek naukowy za okres 10-letni przedstawia się następująco: 46 zebrań, 74 referatów, 66 demonstracyj. Referentami było 44 kolegów.

Poza pracą naukową Zrzeszenie brało udział w pracach społecznych a mianowicie: współdziała przy organizowaniu T-wa Przeciwgruźliczego, przy organizowaniu Kursów dla Sióstr Pogotowia Sanitarnego, Twa nad Psychicznie i Nerwowo Chorymi, brało czynny udział przez swych delegatów w pracy innych towarzystw jak: w Komitecie walki z bezrobociem, komitecie uczczenia Marji Curie-Skłodowskiej, w obchodach; organizuje opinję lekarzy miejscowych przy wyborach do Izby Lekarskiej, łagodzi zatargi i broni słusznych praw lekarza. Wreszcie organizuje życie towarzyskie przez urządzanie wycieczek, zebrań. Obecnie przystąpiło do organizowania bibljoteki lekarskiej. Tak przedstawia się praca Zrzeszenia za okres 10-letni, która szła w 3-ch kierunkach. I. Naukowym, który miał na celu dobrowolne skupienie całej polskiej myśli lekarskiej z terenu białostockiego, i zorganizowanie ośrodka, gdzieby wszyscy koledzy bez żadnych różnic mogli przedstawić szerszemu ogółowi kolegów swój dorobek naukowy spotykany w swej codziennej praktyce. II. Społecznym — zorganizowanie zbiorowej pracy społecznej wśród lekarzy. III. Zawodowym.

Cele Zrzeszenia w pierwszych 2-ch kierunkach zostały osiągnięte, kierunek zawodowy był prowadzony przez Związek i Zrzeszenie zajmowało się tylko wtedy gdy zachodziła tego potrzeba.

Kol. Mordasiewicz wygłosił odczyt p. t.: *Przyczynek do pooperacyjnego leczenia złamania czaszki* (na podstawie materjału Szpitala w Wołkowysku). Prelegent operował w Szpitalu Sejmikowym w Wołkowysku od 1925 46 przypadków złamań czaszki: 30 przyp. z uszkodzeniem opon i mózgu i 16 bez uszkodzenia zawartości czaszki. Wszystkie przypadki operowano w uśpieniu ogólnem. Po dokładnem ogoleniu głowy, zdezynfekowaniu skóry, prelegent wycinał brzegi rany i rozszerzał, usuwając wszystkie odłamki, poczem przemywał całą ranę środkiem dezynfekcyjnym. Przy zranieniach opon pod oponą twardą zakładał tampony gazowe, celem spowodowania zlepu. Tampony zamienia się po 5—6 dniach. Prelegent uważa, iż należy operować w każdym wypadku złamania powikłanego. W wypadkach bez powikłań i bez objawów ucisku na mózg wyczekiwać. Postępując w ten sposób prelegent na 46 przypadków miał następujące wyniki: 16 przy-

padków bez uszkodzeń opon i mózgu, żadnego śmiertelnego, a w 30 przypadkach z uszkodzeniem opon i mózgu 6 przypadków śmierci.

W dyskusji zabierali głos: Kol. K. Fiedorowicz, Rotberg, Kapłan.

Kol. M. Syrota demonstruje *przypadek psychonerwicy pourazowej*. Referent przy określeniu psychonerwicy podkreślił, że przed wojną światową psychonerwice pourazowe spotykały się rzadziej. Do częstości ich występowania przyczyniła się wojna światowa, instytucje ubezpieczeniowe i prawodawstwo o odszkodowaniach. Choroby tej prawie nie spotyka się, gdzie poszkodowany nie ma podstaw do uzyskania renty. Przypadek demonstrowany w wieku l. 29, były żołnierz, który w czasie służby podczas ćwiczeń obsługiwał centralę telefoniczną. Wskutek wadliwości przy strzelaniu był rzucony o ziemię, rzekomo stracił przytomność, miał zasypane ucho ziemią i oparzoną twarz. Od tego czasu miewał jakieś dreszcze. Po kilku miesiącach zjawiły się ataki drgawek. Na skutek zabiegów zwolniony z wojska z rentą 50%. Nie zadawalnia go to i stara się o zwiększenie renty. W szpitalu miewa ataki drgawek o charakterze toniczno-klonicznym. Drgawki występują przy wyciąganiu rąk, zginaniu się, spożywaniu kwaśnych pokarmów. Drgawki zaczynają się od rąk i przechodzą na tułów. Chory zatrzymuje oddech, pada na krzesło, przytomności nie traci. Badanie neurologiczne poza brakiem odruchów spojówkowych, rogówkowych i gardzielowego, żadnych zmian nie wykazuje. Badanie czucia — wybitna analgezja na całem ciele.

W dyskusji zabierali głos: Kol. Machniewicz, Zajączkowski.

Kol. Sieńkowski wygłasza referat: *Trudności rozpoznawcze w chorobach psychicznych*. Referent podkreśla potrzebę opierania rozpoznania na dokładnej obserwacji, ścisłem i szczegółowem badaniu laboratoryjnem.

Kol. Szczeniowski wygłasza referat: *Natręctwa myślowe w przebiegu schizofrenji*.

Natręctwa myślowe pojawiają się wbrew woli człowieka, przyczem osobnik dany zdaje sobie sprawę z niesłuszności ich treści, a mimo tego wierzy im. Natręctwom myślowym towarzyszy męczący afekt, który zmusza chorego podporządkowaniu się impulsom natręctw. Czynniki te występują jako objaw podstawowy w nerwicy natręctw, a jako dodatkowy w schizofrenji, gdzie są objawem rzadkim. Prelegent demonstruje chorego l. 38. Obarczenia dzidzicznego nie stwierdzono poza tem, że ojciec zmarł na *par. progr.* Zawsze był zdrów. Z usposobienia wrażliwy i lękliwy. W czasie pobytu w szkołach średnich miewał już natręctwa. Przerwał studja wyższe i 6 lat podróżował w obawie, by nie stać się ciężarem rodziny, poczem ukrywał się przez 3 lata w obawie przed aresztowaniem, choć nie groziło mu to. Od 6 lat przejawia dużą aktywność i miewa liczne zatargi z otoczeniem, któremu publicznie wytyka zmyślone przestępstwa. Przy badaniu chorego nie stwierdzono żadnych zaburzeń intelektualnych. Uderzało otępienie afektywne i autystyczny sposób myślenia i zachowania się, brak głębszego kontaktu z nim, znaczne zacieśnienie sfery zainteresowań co pozwoliło rozpoznać psychozę rozszczepienną.

Kol. Emiljanowicz demonstruje *szereg przypadków oligofrenji i kretynizmu* ze szczególnemi znamionami somatycznemi. Prelegent omawia pokrótce etjologję kretynizmu i oligofrenji, przyjmując za podstawę podział Dolingera. Przypadki demonstrowane ze względu na somę mają cechę wspólną: niski wzrost 126, 113, 95, 91, 71 cm, dysproporcja w budowie ciała, hipotonja muskulatury. Budowa czaszki: u oligofreników małe w przypadkach demonstrowanych 33, 39, 5 cm, u kretynów duże 54, 56 przy wzroście 113, 91 cm. Czaszki kretynów szerokie, odstępy oczodołowe, grube nosy i wargi, u oligofreników misterne, asymetrycznie ułożone kości twarzy. Skóra u kretynów zimna, pokryta strupami, czyrakami. Życie psychiczne u demonstrowanych chorych jest kolosalnie upośledzone. Przytem idjotów cechuje pewna ruchliwość fizyczna, kretyni ociężali, apatyczni, bez cienia zainteresowań, zobojętniali na wszystko.

Kol. W. Terajewicz wygłosił referat: *O opiece pozazakładowej w Białymstoku i Choroszczy*.

Opieka Pozazakładowa o charakterze opieki rodzinnej powstała z inicjatywy Dr. St. Deresza na terenie gminy Choroszczy jesienią 1933 r. W opiece przebywa w chwili obecnej 188 osób. Gospodarz zobowiązany jest opiekować się chorym, — dać mu mieszkanie i utrzymanie, otrzymuje zaś od szpitala jako wynagrodzenie 30 zł miesięcznie za każdego chorego. Gospodarz może przyjąć najwyżej 4-ch chorych. Przytem na każdego dorosłego członka rodziny może przypadać tylko jeden chory. Chorzy są wyekwipowani w szpitalne ubranie, bieliznę, pościel i łóżko. Co tydzień odbywa się kąpiel, zmiana bielizny i ważenie chorych w szpitalu. Kontrolę i opiekę w terenie przeprowadza się przez 3-ch lekarzy i 1 pielęgniarza.

Na terenie m. Białegostoku istnieje Poradnia Psychjatryczna i Poradnia Przeciwalkoholowa. Obie poradnie powstały z inicjatywy Dr. St. Deresza, są ze sobą ściśle związane. W okresie sprawozdawczym 1. II. 1933 — 1. III. 1934 r. w Poradni Przeciwalkoholowej zarejestrowano 133 osób, w Poradni Psychjatrycznej 132 osoby.

Na terenie m. Białegostoku z ramienia obu poradni pracuje płatna pielęgniarka społeczna, bezpłatnie lekarz z Choroszczy.

Z poradni korzystają niezamożni mieszkańcy miasta. Lekarstwa są wydawane bezpłatnie w Aptece Miejskiej.

Kol. K. Fiedorowicz demonstruje *preparat wyciętego żołądka z owrzodzeniem rakowatem, wielkości dłoni*, oraz *preparat raka jelita grubego (c. transversum) przerośniętego nowotworem złośliwym (rak)*. Wspólną cechą obu przypadków było to, iż nie dawały objawów przewężenia i przerzutów, a u chorych występowały wybitne objawy charłactwa i obfite krwawienia. Wynik pooperacyjny pomyślny.

Po referatach zabrał głos p. Wice-Wojewoda Michałowski, który w serdecznych słowach życzył „Zrzeszeniu" dalszej pomyślnej pracy.

Na zakończenie Kol. K. Fiedorowicz dziękuje p. Wice-Wojewodzie i gościom za zaszczycenie uroczystości obecnością.

Sekretarz: (—) *Dr. Czesław Karwowski.*

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

Protokół posiedzenia naukowego wspólnie z Polsk. Lek. Tow. Radjologicznem z dnia 29 maja 1934 roku.

1. Kol. Mikułowski Wł., Rachoniowa K. i Rasolt H. omówili *przypadek interferencji dwu rytmów u dziecka kiłowego* (z pokazem elektrokardjogramów). (Streszczenie własne).

Dziewczynka 8-letnia przybywa do szpitala spowodu objawów astenji, mdłości, nudności, bólów w klatce piersiowej i zapadów. Oprócz banalnych chorób dziecięcych przebyła w 7-ym roku życia kilkudniową anginę. Matka dwukrotnie roniła. Badanie dziecka stwierdza zahamowanie wzrostu i wagi, dodatni odczyn Wassermanna i na luotest, smoistny ubytek muszli nosowej, jako zejście sprawy kilakowej, obecność drobnych stygmatów kiłowych. Przy braku zmian opukowych i wysłuchowych dziecko przedstawia stałą bradykardję 50 i arytmję przy niskiem parciu krwi. Teleradjogram serca stwierdza powiększenie wszystkich wymiarów serca. Badanie farmakologiczne wykazuje realność wagotonji. Elektrokardjograficznie stwierdza się niemiarowość całkowitą na tle interferencji rytmu zatokowego i węzłowego, powstającej wskutek okresowego zahamowania przewodnictwa w zakresie zatokowo-przedsionkowym.

Przy braku innej uchwytnej noksy uważamy kiłę za etjologiczną przyczynę zwichnięcia równowagi naczyniowo-nerwowej, a więc wagotonji, za pośrednictwem i przy współdziałaniu zakażonych jadem kiłowym gruczołów dokrewnych. Ten rodzaj schorzenia sercowego, głównie czynnościowego, odpowiada pojęciu, wprowadzonemu przez Laubriego pod nazwą myokardji, w danym przypadku kiłowej.

Przypadek był leczony specyficznie. Rokowanie w tym przypadku jest niepewne, bo skutki zaburzeń czysto czynnościowych mogą być w przebiegu bradykardji — zależnie od stopnia chwilowego jej nasilenia — nieobliczalne. Przypadek porusza pojęcie kiły dynamicznej w odróżnieniu od bardziej popularnego pojęcia kiły statycznej.

W dyskusji: Kol. Rosnowski: Blok zatokowo-przedsionkowy należy rzeczywiście do rzadkości. Interferencję rytmów stale się spotyka, gdy mamy do czynienia z niemiarowością i dlatego lepiej byłoby zastąpić ją nazwą bloku. Następnie kol. Rosnowski zapytuje, czy w przedstawionym przypadku powiększone gruczoły śródpiersia nie spowodowały bloku, uciskając nerw błędny.

Kol. Rasolt H. *odpowiada*, że w tytule referatu zawiera się fakt stwierdzony. Istniały dwa rytmy: węzłowy i zatokowy, wykazane elektrokardjograficznie. Patogeneza tego zjawiska została omówiona podczas prelekcji.

2. Kol. Kryński B. wygłosił odczyt p. t.: *„Z dziedziny rozpoznań schorzeń opłucnej międzypłatowej"*.

3. Kol. Dąbrowski i Kol. Werkenthinówna M. wygłosili odczyt p. t.: *„Stosunek obrazu klinicznego do radjologicznego w gruźlicy płuc"* (streszczenie własne).

Chcąc zdać sobie sprawę, jak się przedstawia stosunek badania klinicznego do badania radjologicznego, prelegenci przeprowadzili szereg badań wśród chorych z różnemi postaciami gruźlicy płuc. Chorzy byli poddawani oddzielnie badaniu radjologicznemu i oddzielnie fizykalnemu i wyniki tych badań były

porównywane. Wśród 46 przypadków zbadanych było 18 przypadków gruźlicy początkowej wczesnej, 20 przypadków gruźlicy przewlekłej rozwiniętej, 7 przypadków gruźlicy wyniszczającej oraz 1 przypadek gruźlicy ostrej prosówkowej.

Na 18 przypadków gruźlicy początkowej wyniki badania fizykalnego i radjologicznego w 15-u były zgodne co do umiejscowienia zmian, natomiast w 3-ch przypadkach nie było objawów fizykalnych, tłumaczących umiejscowienie i rozległość zmian, wykrytych w obrazie radjologicznym. Wśród 15 przypadków rozpoznanych fizykalnie i radjologicznie w jednym z nich stwierdzono objawy fizykalne dopiero po badaniu radjologicznem, w drugim przypadku stwierdzano zmiany fizykalne również po stronie drugiej, podczas gdy nie było zmian radjologicznych w tem płucu, wreszcie w trzecim przypadku badanie fizykalne stwierdziło zmiany jednostronne, gdy radjologicznie wykryto zmiany obustronne.

Wśród przypadków gruźlicy przewlekłej rozwiniętej wyniki badania radjologicznego i klinicznego zgadzały się w 18 przypadkach, a w dwóch była niezgodność. Wśród 18 przypadków rozpoznanych klinicznie w 4 badanie fizykalne wykazało zmiany w drugiem płucu, radjologicznie ich tam nie było, zaś w jednym przypadku fizykalnie rozpoznawano zmiany tylko po jednej stronie, natomiast radjologicznie były zmiany z obu stron. W 7 przypadkach gruźlicy wyniszczającej badania kliniczne i radjologiczne zgadzały się najzupełniej. W przypadku prosówki było mało objawów fizykalnych, natomiast objawy ogólne nadawały dużo znaczenia tym nikłym objawom fizykalnym.

Co się tyczy jam gruźliczych, to na 46 jam, wykrytych radjologicznie rozpoznano badaniem fizykalnem tylko 28. Podczas gdy na 14 jam u chorych z gruźlicą wyniszczającą prawie wszystkie, bo 13, było rozpoznanych badaniem fizykalnem, to w grupie chorych z gruźlicą rozwiniętą stosunek ten zmieniał się na niekorzyść badania fizykalnego, a w grupie zmian wczesnych tylko połowa jam mogła być stwierdzona badaniem fizykalnem. Możność stwierdzenia jamy zapomocą badania fizykalnego zależy od jej umiejscowienia, od wielkości jamy i jakości jej ściany, a głównie od zbitości zmian w otaczającym ją miąższu płucnym. Największą trudność w rozpoznaniu zapomocą badania fizykalnego stanowiły wczesne zmiany wysiękowe, które dają najmniej objawów fizykalnych. Prelegenci omawiają szczegółowo obraz radjologiczny świeżych zmian wysiękowych i stwierdzają, iż występują one rzadziej w postaci wczesnego nacieku podobojczykowego, częściej natomiast w postaci nacieczeń wzdłuż szczeliny międzypłatowej, zajmując część płatu płucnego *(juxtascissurite)*, a niekiedy i cały płat płucny *(lobite)*, dając obrazy radjologiczne łudząco podobne do obrazu zapalenia płuc. Pozatem jest omawiany wygląd radjologiczny rozmaitych postaci gruźlicy płuc oraz wygląd radjologiczny jam, z uwzględnieniem błędów rozpoznawczych. Prelegenci ilustrują przemówienie szeregiem prześwietleń. źroczy.

W wyniku przeprowadzonego zestawienia prelegenci stwierdzają, że radjologja winna być częścią badania klinicznego, umożliwiającą sprawdzenie danych, otrzymanych metodami fizykalnemi, oraz ułatwiającą wykrywanie zmian niedostępnych dla tych metod, czyto spowodu warunków anatomo-patologicznych (zrosty opłucnej, rozedma), czy ich umiejscowienia. Radjologja nie może być jednak metodą odosobnioną w medycynie, gdyż bardzo często nie jest w stanie wyjaśnić procesu chorobowego. Tak jak w okresie przedradjologicznym rozpoznanie kliniczne opierało się na zespole objawów ogólnych, czynnościowych i fizykalnych, tak i w okresie obecnym klinika musi wyzyskać wszystkie dostępne jej metody badania, w których badanie radjologiczne ma pierwszorzędne znaczenie, a w sprawach wczesnych nawet gra rolę decydującą. Wyniki każdej z tych metod wzięte poszczególnie nie decydują o etjologji i dynamice zmian w płucach. Dopiero całość badań jest ważna, potwierdzona wynikiem badania bakterjologicznego, gdyż daje możność sformułowania naukowego rozpoznania, a co za tem idzie i racjonalnego leczenia.

W dyskusji: Kol. Zawadowski uważa, z referatu kol. Dąbrowskiego i kol. Werkenthinówny wybija się znaczenie badania rentgenowskiego w klinice gruźlicy płuc. Zresztą badanie to odegrało doniosłą rolę we wszystkich cierpieniach płuc, a zwłaszcza tam, gdzie utrudnione jest badanie fizykalne jak np. u otyłych. W tych przypadkach rozbieżność między badaniem fizykalnem, a rentgenowskiem może być bardzo znaczna. Każda placówka przeciwgruźlicza powinna móc robić zdjęcia, aby całej wartości diagnostycznej nie sprowadzić do bardzo niskiego poziomu.

Dużą wartość posiada badanie rentgenowskie, gdy poszukujemy gruźlicy wśród osobników napozór zdrowych. Będziemy tu mieli bowiem do czynienia z tendencją do zatajenia gruźlicy. Oczywista przebadanie takiego materjału musi się opierać również i na metodach fizykalnych. Metoda radjologiczna wybija się na pierwsze miejsce w tych okolicznościach, w których warunki badania fizykalnego są znacznie gorsze aniżeli w klinice j. np. podczas badania rekrutów. Czas badania jest wtedy ograniczony i deficyt rozpoznawczy może być kolosalny.

Zanim badania rentgenowskie zostały wprowadzone, gruźlica np. do wojskowej szkoły sanitarnej stale się wkradała. Od czasu wprowadzenia tych badań gruźlica w sanitarnej szkole podchorążych zmniejszyła się do liczb minimalnych.

Kol. Szczepański uważa, że dziś ftizjolog nie może się obejść bez badania rentgenowskiego, gdyż nawet jeśli nic nie słyszy, to w płucach mogą być zmiany j. np. nacieki Assmanowskie. Rentgen jednak jest rzeczą martwą, stanowi on tylko metodę pomocniczą, uzupełniającą badanie fizykalne. Tylko badanie fizykalne daje nam dynamiczny przebieg cierpienia.

Kol. Dąbrowski nie zauważył jednego, a mianowicie, jak często nic nie słyszymy w płucach, a rentgen pokazuje w nich zmiany. Dlaczego się to dzieje? Prawdopodobnie dlatego, że są to zmiany, szerzące się na wewnętrznej stronie oskrzeli, powodujące drobne rzężenia, lub może to być nawet jama, której w rentgenie nie widzimy, gdyż znajduje się ona w pobliżu śródpiersia. Może się zdarzyć i tak, że początkowo w obrazie rentgenowskim niema żadnych zmian, a później pokazuje się jama, która zrazu była niewidoczna. Niemcy zwrócili na to uwagę, że jama może być raz widoczna w rentgenie, drugi raz niewidoczna.

Kol. Rudzki St. zasadniczo zgadza się z tezami prelegentów, lecz pewne sprawy w referacie zostały pominięte, a mianowicie sprawy uciskowe t. j. przebieg i umiejscowienie odmy. W tych przypadkach rentgen ma większe znaczenie aniżeli diagnostyka kliniczna. Jeśli porównywać wyniki badania fizycznego i rentgenowskiego, to należy porównywać także maksymum umiejętności rentgenologa i klinicysty. Najlepiej, żeby klinicysta był również radjologiem, a radjolog klinicystą. Jeśli chodzi o porównywanie metod, to trzebaby przypadki badać metodami fizycznemi miejsce za miejscem, trzebaby również ściśle określić istnienie zmian w płucach radjologicznie, a potem na ewentualnej sekcji potwierdzić różnice. Oczywiście w międzyczasie ogniska np. mogą ulec powiększeniu, ale będzie to miało już mniejsze znaczenie. Kol. Rudzki porównywał dane badania fizycznego i radjologicznego w swych notatkach i okazało się, że dane fizykalne do 80% pokrywały się z danemi rentgenowskiemi; w 15% radjolog wykrywał więcej. W tych przypadkach ponowne badanie zwykle ujawniało miejsca pominięte, a raczej niedocenione. W 5% bywa jednak i odwrotnie, gdy klinicysta wykrywa więcej od rentgenologa. Kol. Rudzki miał naprzykład w swojej praktyce taki przypadek, w którym stwierdzał zmiany fizyczne w płucach, a dwaj dobrzy rentgenolodzy na zdjęciach zmian nie odczytywali. W przypadku tym po dwóch miesiącach wykryto prątki w plwocinie. Kiedy trzeci rentgenolog wziął do przejrzenia tamte dwa rentgenogramy, powiedział, że interpretacja jego poprzedników może nie była słuszna. W drugim przypadku można było badaniem fizycznem stwierdzić ognisko rozpoczynającej się gruźlicy w szczycie dolnego płatu, rentgenolodzy natomiast odrzucali to rozpoznanie i dopiero po pewnym czasie stwierdzili słuszność zdania klinicysty.

Jeśli chodzi o masowe badania, np. w szkole, przy poborze, czy też w fabrykach, to radjologja ma tu większe znaczenie, niż klinika. Klinicznie tysięcy ludzi nie można tak dokładnie zbadać, jak to zrobi radjolog.

Według Kol. Zawadowskiego istnieją takie objawy fizykalne, jak tarcia, trzeszczenia i t. p. objawy opłucnowe lub pochodzenia oskrzelowego, które mogą również mieć lub nie mieć odpowiednika radjologicznego. Tam jednak, gdzie mamy zagęszczenie miąższu, nie można sobie wyobrazić, by radjologicznie było ono niedostępne. Jeśli się to zdarza, to winę trzeba złożyć na niedoskonałość badania. Szczególnie ciekawe są przypadki, w których istnieją prątki w plwocinie, a radjolog powiada, że płuca są zdrowe. Kol. Zawadowski widział dwa takie przypadki; w jednym z nich okazało się, że prątki są pożyczone, w drugim zaś — zmian w płucach nie było lecz istniała gruźlica krtani. Zdaniem kol. Zawadowskiego, gruźlica płuc z prątkami musi mieć swój podkład radjologiczny.

Kol. Fidler sądzi, że kol. Dąbrowski słusznie zakończył swój referat tem, że badanie rentgenowskie jest tylko badaniem pomocniczem i jako takie powinno znaleźć zastosowanie. Kol. Werkenthinówna i inni twierdzą, że np. klinicznie rozpoznajemy zmiany po stronie lewej, a nie stwierdzamy ich po stronie prawej. Zmiany po stronie lewej były niewątpliwie, tylko radjologicznie nie udało się ich wykazać. Że takie przypadki istnieją, kol. Fidler osobiście miał możność przekonać się o tem. W ostatniej pracy prof. Besançon opisuje przypadek, w którym radjologicznie nie było gruźlicy płuc, a przez szereg lat wykonywane badanie

plwociny wykazywało obecność prątków. Jeśli chodzi o objawy fizyczne, to częściej są one słyszalne, aniżeli dać nam może rentgen. Jeśli jednak przerobimy badanie metodą kontrastową, to wykażemy w tych razach rozstrzenie oskrzeli. Kol. Fidler spostrzegał również jeden przypadek gruźlicy krtani; w plwocinie chorego znajdowano prątki, a kilkuletnia obserwacja nie ujawniła zmian w płucach. W drugim przypadku prawdopodobnie powiększone gruczoły śródpiersia przeżarły się do oskrzeli i w plwocinie chorego były prątki mimo braku zmian rentgenologicznych w płucach.

Kol. Werkenthinówna zaznacza, że przypadki, w których istnieją objawy fizyczne, a niema objawów radjologicznych, są wyjątkowo rzadkie. W niektórych razach są to przypadki zmian niegruźliczych, np. rozstrzeni oskrzelowych, kiedy wysłuchowo mogą istnieć nawet grubobańkowe rzężenia przy bardzo małym odpowiedniku w obrazie radjologicznym, ale rozstrzenie uwidoczni się zapomocą bronchografji. Kol. Werkenthinówna zna dwa przypadki pewnej gruźlicy z obecnością prątków w plwocinie a bez zmian w miąższu płuc na zdjęciu. Obserwowano je przez czas dłuższy. W jednym z nich zmian fizykalnych w płucach także nie było, ale stwierdzono owrzodzenie gruźlicze w krtani, w drugim — na zdjęciu widniały we wnęce liczne zwapniałe gruczoły i możliwe, że prątki przechodziły z gruczołu, nadżerającego ścianę oskrzela. Przypadki, które kol. Fidler uważa za przemawiające na niekorzyść badania radjologicznego, mianowicie te, w których istniały objawy fizykalne, a nie było zmian na zdjęciu, zostały zaliczone do błędów badania fizykalnego, z tego powodu, że objawy fizykalne były przemijające, nie udało się ich stwierdzić podczas następnych badań, a dłuższa obserwacja radjologiczna wciąż nie wykazywała zmian w tych okolicach.

Prezes: *Ludwik Paszkiewicz.*
Sekretarz Doroczny: *Aleksander Pruszczyński.*

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Odznaczenia i wiadomości osobiste.

Mianowania na Wyższych Uczelniach. Wilno: Doc. Dr. Pawlas Tadeusz mianowany profesorem nadzwyczajnym dermatologji na U. S. B., prof. nadzwyczajny medycyny sądowej U. S. B. Dr. Sergjusz Schilling-Siengalewicz, profesorem zwyczajnym.

Nowi docenci. Dr. Józef Lenczowski, adjunkt Kliniki Położniczo-Ginekologicznej U. J. K., habilitował się z zakresu położnictwa i ginekologji.

Wybory w Krakowskiem Tow. Lekarskiem. W środę, dnia 16 stycznia b. r. odbyło się posiedzenie administracyjno-sprawozdawcze Towarzystwa Lekarskiego Krakowskiego. Po złożeniu sprawozdania przez ustępujący Zarząd, uchwalono na wniosek Komisji Kontrolującej — przez aklamację — absolutorjum. Na wniosek Komisji Przedwyborczej wybrano przez aklamację dotychczasowy Zarząd w całości po raz trzeci. Skład Zarządu na rok 1935, przedstawia się następująco. Prezes: Doc. Dr. Józef Szymanowicz. Wiceprezes: Dr. Maksymiljan Blasberg. Sekretarz doroczny: Dr. Stefan Schwarz. Sekretarz stały: Prof. Dr. Marjan Gieszczykiewicz. Skarbnik: Dr. Adam Ackermann. Bibljotekarz: Dr. Józef Spira. Gospodarz: Dr. Stanisław Karasiński. Redaktorowie Polskiej Gazety Lekarskiej: Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski i Prof. Dr. Józef Kostrzewski. Komisja Kontrolująca: Dr. Tymoteusz Piotrowski i Dr. Bruno Woyciechowski. Delegaci do Rady Zawiadowczej T-wa Lekarzy Polskich b. Galicji: Prof. Dr. Lenartowicz i Prof. Dr. Nowicki (Lwów). Delegaci na Walne Zgromadzenie T-wa Lek. Pol. b. Galicji: Prof. Dr. Artwiński, Dr. Blasberg, Prof. Dr. Ciechanowski, Dr. Glasner, Prof. Dr. Glatzel, Prof. Dr. Latkowski, Prof. Dr. Olbrycht, Dr. Owsiński, Dr. Surzycki, Dr. Frommer. Delegat do Komisji Rewizyjnej T-wa Lek. Pol. b. Galicji: Dr. Owsiński.

Nowy Zarząd Lwowskiego Tow. Lekarskiego. W Lwowskiem Tow. Lekarskiem odbyły się wybory zarządu, w skład którego weszli: przewodniczący: Doc. Dr. Wincenty Czernecki, jego zastępca: Dyr. Dr. Andrzej Pohorecki, sekretarz: Doc. Dr. Juljan Papierkowski, skarbnik: Dr. Emil Domański, bibljotekarz: Doc. Dr. Witold Ziembicki, przewodniczący komisji przemysłowo-lekarskiej: Doc. Dr. Antoni Sabatowski, przewodniczący komisji budowy domu: Prof. Dr. Roman Rencki, przew. Kom. lwowskiego „Polskiej Gazety Lekarskiej": Prof. Dr. Witold Nowicki i Doc. Dr. Witold Ziembicki.

Na dorocznem posiedzeniu wyborczem w Warszawskiem Tow. Lekarskiem powołano na r. 1935 na prezesa: Prof. Dr. Ludwika Paszkiewicza (ponownie), na wiceprezesa: Dr. Józefa Skłodowskiego i na sekretarza: Dr. Aleksandra Pruszczyńskiego (ponownie).

Na posiedzeniu administracyjnem Łódzkiego Tow. Lekarskiego w dn. 9 stycznia 1935 r. został wybrany Zarząd w następującym składzie: prezes: Dr. B. Frenkiel, wiceprezesi: Dr. S. Minc i Dr. H. Rueger, sekretarze: Dr. A. Tenenbaum i Dr. B. Czaplicki, bibljotekarze: Dr. Z. Prechner i Dr. M. Kocen, skarbnik: Dr. B. Knichowiecki.

Na posiedzeniu dorocznem Wileńskiego Koła Internistów Polskich dnia 20 grudnia 1934 r. zostali wybrani do Zarządu Koła na rok 1935: Prezes: Prof. Dr. A. Januszkiewicz, zastępca prezesa: Dr. M. Swida. Sekretarz: Dr. J. Klukowski. Skarbnik: Dr. E. Salitówna.

Ruch w Towarzystwach Lekarskich i Zjazdy.

Posiedzenie naukowe Tow. Lek. Warszawskiego odbyło się dnia 15 stycznia br. 1. Wręczenie dyplomów nowoprzyjętym członkom. 2. Filiński Wł.: Istota i leczenie posocznicy. 3. Karbowski B.: Posocznica usznego pochodzenia u dzieci najmłodszych.

Tow. Lek. Łódzkie. Posiedzenie w dniu 23 stycznia 1935. 1. Odczytanie protokółu posiedzenia z dnia 9 stycznia 1935 r. 2. Pokaz chorych i dyskusja nad pokazem chorych. 3. Kol. A. Kunicki. Wyniki leczenia neuralgji nerwu trójdzielnego alkoholizacją zwoju Gassera. 4. Kol. A. Bender: Stenoza mitralna a układ roślinny. 5. Pokaz preparatów i dyskusja nad pokazem preparatów. — Posiedzenie w dniu 30 stycznia 1935 r. 1. Odczytanie protokółu posiedzenia z dnia 23 stycznia 1935. r. 2. Pokaz chorych i dyskusja nad pokazem chorych. 3. Kol. I. Itelson: O gośćcowem schorzeniu mięśnia sercowego ze szczególnem uwzględnieniem zmian elektrokardjograficznych. 4. Pokaz preparatów i dyskusja nad pokazem preparatów.

Konkursy.

Konkurs na polską nazwę „Intractum". W związku z dużem uznaniem, z jakiem spotkały się w świecie lekarskim nowe przetwory roślinne „Intracta" i biorąc pod uwagę brak odpowiedniej nazwy polskiej dla powyższych przetworów, Towarzystwo Przemysłu Chemiczno-Farmaceutycznego d. Magister KLAWE, S. A. niniejszem ogłasza konkurs na utworzenie polskiej nazwy na „Intractum". Regulamin konkursu: 1. W konkursie brać mogą udział wszyscy lekarze, mający prawo wykonywania praktyki lekarskiej w Rzeczypospolitej Polskiej. 2. Polska nazwa „Intractum" powinna się składać z jednego wyrazu i odzwierciadlać istotę leku w odróżnieniu od dotychczas używanych wyciągów (extracta). 3. Odpowiedzi należy nadsyłać w zamkniętej kopercie, zaopatrzonej godłem, w drugiej zaś kopercie, zaopatrzonej tem samem godłem, należy podać imię, nazwisko i adres autora. Obie koperty powinny być włożone do większej, którą należy zaadresować do firmy Klawe, Warszawa, Karolkowa 22/24 z wyraźnym napisem: „ Sąd Konkursowy na Intracta". 4. Odpowiedzi należy nadsyłać do dnia 15 kwietnia r. b. 5. Jako pierwsza nagroda wyznaczona jest suma Zł 300.—, pozatem do dyspozycji Sądu Konkursowego znajduje się pięć nagród pocieszenia po Zł 50.—. 6. Sąd Konkursowy składać się będzie z wybitnych lekarzy i lingwistów. 7. Na życzenie PP. Lekarzy, pragnących zapoznać się z istotą Intractów, firma Klawe wysyła wszelkie informacje i piśmiennictwo.

CENY OGŁOSZEŃ

	1/1	1/2	1/4	1/8	1/16
okładki i w tekście miejsca zastrzeżone	zł 220.—	zł 120.—	zł 65.—	zł 35.—	—
Inne strony	zł 180.—	zł 100.—	zł 55.—	zł 30.—	zł 20.—

Załączenie do nakładu pisma wkładek reklamowych od zł 220.—

PRENUMERATA KWARTALNA

w kraju . . . . zł 14.—
zagranicą . . . . zł. 20.—

Adres Redakcji i Administracji: Lwów, ul. Rutowskiego 9.